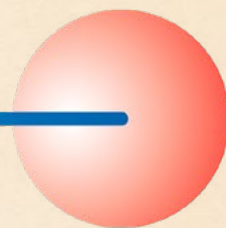


# NIEBIESKA

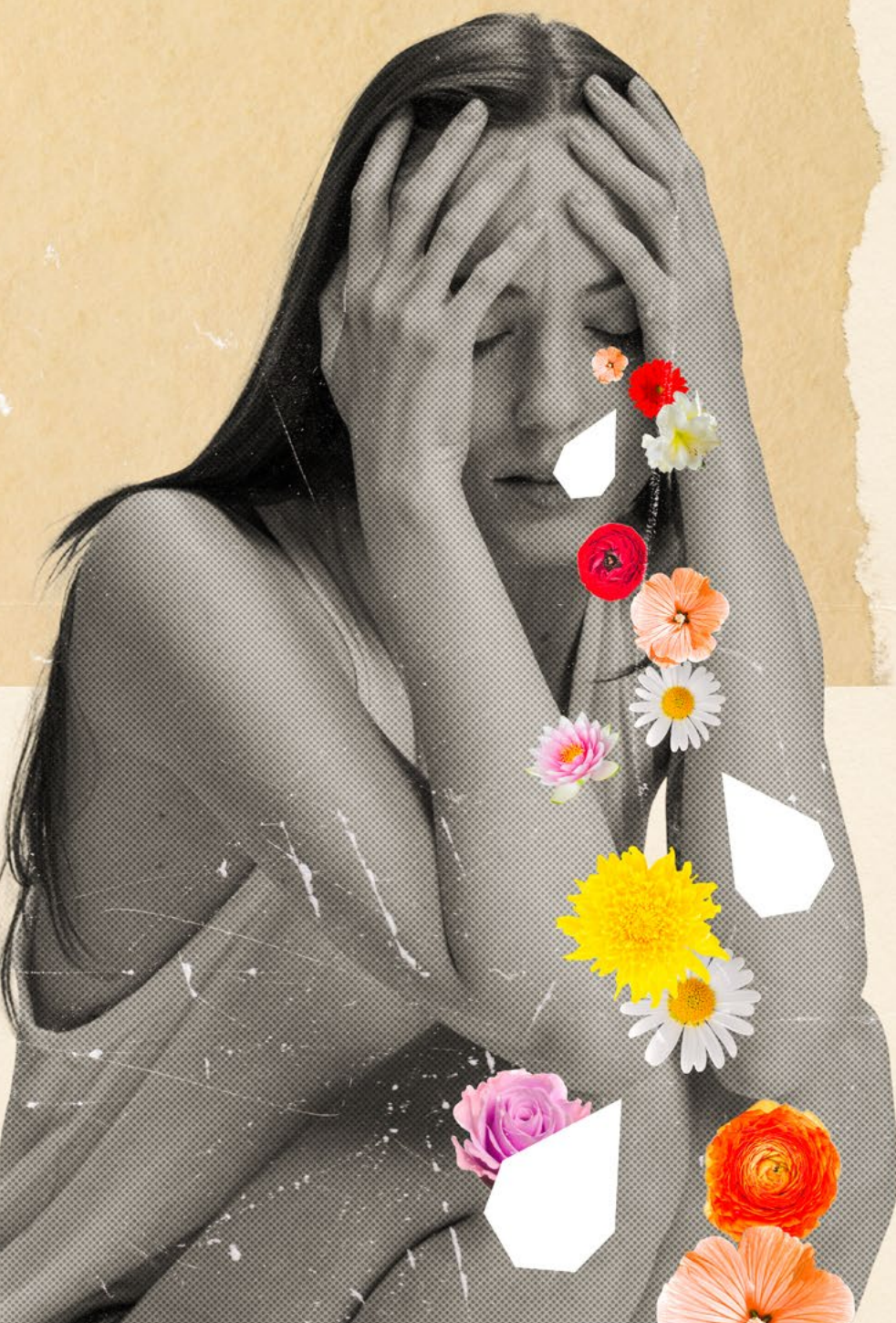
# LINIA



DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY PROBLEMATYCE PRZEMOCY

4/159/2025

ISSN 1507-2916



## **W gabinecie psychiatry**

**Praca z osobami  
doświadczającymi  
przemocy**

**Rozmowa z lek. Sandrą  
Błędek-Andrzejak**

## **Głos Uciśnionych**

**Teatr Augusto Boala  
jako narzędzie  
przeciwdziałania  
przemocy domowej**

**Justyna Kotowicz**

## **Atlas emocji w przemocy domowej**

**Agnieszka  
Machanowska**

## ZABURZENIA PSYCHICZNE A PRZEMOC

- 5** W gabinecie psychiatrii. Praca z osobami doświadczającymi przemocy  
**Lek. Sandra Błędek-Andrzejak w rozmowie z Katarzyną Miłkowską**
- 12** **Barbara Czardybon**  
Zaburzenia osobowości wśród osób doświadczających i stosujących  
przemoc domową
- 23** **Agata Sierota**  
Problem agresji i przemocy u osób z borderline a relacja terapeutyczna
- 34** **Aneta Gawełek**  
Kiedy trauma boli innych. PTSD jako predyktor agresji i przemocy domowej
- 45** **Michał Gluzek**  
Zaburzenia psychiczne jako czynnik ryzyka przemocy domowej
- 57** **Arleta Balcerek**  
Nieleczone problemy psychiczne rodziców. Długoterminowe skutki dla  
dzieci i droga do zdrowienia

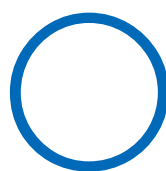
## PSYCHE I SOMA

- 68** **Anna Maria Nowakowska**  
Osaczenie
- 76** **Agnieszka Machnowska**  
Atlas emocji w przemocy domowej. Jak nawigować po trudnym terenie?
- 97** **Katarzyna Miłkowska**  
Przemoc w ciąży = przemoc prenatalna
- 113** **Justyna Kotowicz**  
Głos uciśnionych. Teatr Augusto Boala jako narzędzie przeciwdziałania  
przemocy domowej

## PRAWO, KTÓRE CHRONI

- 127** **Damian Aptowicz**  
Znieważenie a zniesławienie. Perspektywa przemocy domowej
- 136** **Michał Lewoc**  
Cywilnoprawne środki izolacji osób stosujących przemoc domową jako  
ochrona osób krzywdzonych

## DROGIE CZYTELNICZKI I DRODZY CZYTELNICY,

 przemocy domowej nie da się opowiadać bez poruszania kwestii zdrowia psychicznego. Jak mówi w rozmowie z nami psychiatrka, lek. Sandra Błędek-Andrzejak, jednymi z najczęściej pojawiających się zaburzeń u osób doświadczających przemocy są zaburzenia adaptacyjne, depresyjne oraz depresyjno-lękowe. Niestety, powiązane z nimi objawy same w sobie niezwykle silnie wpływają na codzienność. W końcu tak trudno zmagać się z rzeczywistością – nie mówiąc już np. o próbach wyrwania się w przemocowego związku – gdy brakuje sił, ciemność wciąga, a każdy krok wydaje się przerażać i zupełnie nie mieć sensu: „Bo po co? Co to zmieni? Będzie tylko gorzej”.

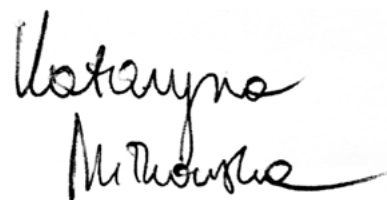
Jeśli zaś chodzi o zaburzenia osobowości, w odniesieniu do osób stosujących przemoc, najczęściej mówi się o zaburzeniach schizoidalnych, antyspołecznych i osobowości typu borderline, choć bardzo ciekawe są obserwacje zestawiające ze sobą profile osobowościowe kobiet i mężczyzn. W jednym z badań porównano 78 pań i 78 panów, którzy zostali skierowani przez sąd w USA do programu resocjalizacyjnego właśnie w związku ze stosowaniem przemocy domowej\*. Okazało się, że kobiety częściej wykazywały cechy osobowości histrionicznej, narcystycznej i kompulsywnej, a rzadziej osobowości zależnej. Co więcej, kobiety biorące udział w tym badaniu częściej niż mężczyźni prezentowały cechy wskazujące na obecność zaburzeń osobowości (choć trzeba pamiętać, że większość osób z taką diagnozą nigdy nie była i nie będzie agresywna – bardzo uważajmy na stygmatyzację i powielanie mitów!).

To niezwykle ważne, by wszyscy specjaliści pracujący w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej byli świadomi mechanizmów po-



wiązanych z zaburzeniami psychicznymi. W ich kontekście doświadczenia i zachowania zarówno osób doświadczających, jak i stosujących przemoc, potrafią zyskać zupełnie nowe rozumienie. To zaś może być podstawą do niesienia skutecznego wsparcia. ■

Zapraszam do lektury!



\* Simmons, C.A., Cobb, N., Fowler, C.R., Lehman, P. (2005). Personality Profiles of Women and Men Arrested for Domestic Violence. *Journal of Offender Rehabilitation*, 41(4), 63–81. [https://doi.org/10.1300/J076v41n04\\_03](https://doi.org/10.1300/J076v41n04_03)

## NIEBIESKA LINIA

ISSN 1507-2916

Ukazuje się od 1998 roku  
[www.pismo.niebieskalinia.pl](http://www.pismo.niebieskalinia.pl)

Redakcja: 00-023 Warszawa, ul. Widok 24, II piętro, tel./faks: 22 824 25 01  
Redaktor naczelna: Katarzyna Miłkowska  
Sekretarz redakcji: Katarzyna Kulesza, [pismo@niebieskalinia.pl](mailto:pismo@niebieskalinia.pl)

Wydawca: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne  
Redakcja: tel. 22 824 25 01 (wtorek i czwartek) Księgowość: 22 863 87 38 wew. 120  
ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa

Druk: LOTOS Poligrafia sp. z o.o. [www.lotos-poligrafia.pl](http://www.lotos-poligrafia.pl)  
Skład i łamanie: Anna Abratańska  
Ilustracje w numerze: 123RF

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów  
Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

### RADA PROGRAMOWA:

Renata Durda, dr Dorota Dyjakon,  
prof. dr hab. Beata Gruszczyńska,  
dr Magdalena Grzyb, prof. dr hab.  
Ewa Jarosz, prof. Krzysztof  
Krajewski, prof. Anna Kwak, Jacek  
Lelonkiewicz, dr Michał Lewoc,  
prof. Ilona Michailovič, dr Marek  
Michalak, prof. Bibiana  
Mossakowska, prof. Ewa Pisula,  
prof. dr hab. Monika Płatek  
– Przewodnicząca Rady, dr Monika  
Sajkowska, Krzysztof Sarzała, Zofia  
Sobolewska-Mellibruda, dr Grzegorz  
Wrona



„NIEBIESKA LINIA” dostępna jest w w wersji cyfrowej (pełne wydanie) i wersji drukowanej (skrócone wydanie).  
Obydwie formy są dostępne nieodpłatnie. Posiadamy niektóre numery archiwalne.

Szczegółowe informacje na stronie internetowej dwumiesięcznika

INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA, ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa

Santander Bank Polska, O/Warszawa 32 1090 1056 0000 0001 0128 5123 z dopiskiem „Niebieska Linia”



# W GABINECIE PSYCHIATRY

Praca z osobami  
doświadczającymi  
przemocy

Lekarze psychiatrzy bez wątpienia są ważnym elementem całego systemu przeciwdziałania przemocy domowej – czasami bez ich wsparcia ani rusz. O swoich doświadczeniach w pracy z osobami doświadczającymi przemocy i problemach, z jakimi się mierzą, opowiada **lek. Sandra Błędek-Andrzejak**, psychiatrka.

**Katarzyna Miłkowska:** Czy zdarza się, że masz w swoim gabinecie osoby, które nie są świadome, że doświadczają przemocy domowej? Opowiadają Ci swoją historię i Tobie wydaje się to jasne, ale...

**Lek. Sandra Błędek-Andrzejak:** Niestety, takie sytuacje się zdarzają. Często osoby doświadczające przemocy biorą winę na siebie i uważają, że „coś jest z nimi nie tak”. Nieraz naprawdę trudno im dostrzec, że to, czego doświadczają, faktycznie jest przemocą, ponieważ przyzwyczały się do takiego funkcjonowania systemu rodzinnego i zachowań bliskiej dla nich osoby lub są wciągnięte w różnego rodzaju manipulacyjne mechanizmy stosowane przez osoby stosujące przemocowe zachowania. W dużej mierze dotyczy to przemocy psychicznej, a także ekonomicznej, które generalnie są trudniej rozpoznawalne. Siniaki czy złamania widać – to, co osoby stosujące przemoc psy-

chiczną robią z wnętrzem osób im bliskich, nie jest widoczne „gołym okiem”. Co się z tym wiąże, osoby niemające świadomości, jakie mechanizmy wiążą się z przemocą, jak pracuje cykl przemocy, mogą tego nie dostrzec.

### **Z jakimi zatem zaburzeniami najczęściej trafiają do Twojego gabinetu osoby z doświadczeniem przemocy domowej?**

Nie tylko do mojego, ale generalnie do gabinetów psychiatrycznych, osoby z doświadczeniem przemocy domowej najczęściej trafiają z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych – a w zasadzie z takim rozpoznaniem wychodzą. Są to reakcje emocjonalne i behawioralne, które pojawiają się w odpowiedzi na istotny czynnik stresowy i prowadzą do pogorszenia funkcjonowania. Mogą przykładowo obejmować drażliwość, napięcie, obniżenie nastroju, trudności w koncentracji czy zaburzenia snu.

### **Takie samo rozpoznanie dostają osoby, których bliscy są uzależnieni od substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu.**

Zgadza się, bo też często doświadczają podobnych objawów. Poza tym alkohol i generalnie uzależnienia – niestety – nieraz powiązane są z przemocą domową. Zresztą osoby doświadczające tego typu przemocy same też mogą mieć problem z nadużywaniem substancji. Zdarza się, że traktują różnego rodzaju używki jako sposób na regulację emocji. Za ich pomocą próbują same poradzić sobie z lękiem, stresem, poczuciem winy czy napięciem wynikającym z przemocy. Poza tym wiele z nich zmaga się z problemami socjalnymi, ta-

kimi jak bieda, wykluczenie społeczne czy trudności zawodowe, co dodatkowo utrudnia im codzienne funkcjonowanie i szukanie profesjonalnej pomocy.

Poza tym w wyniku przewlekłego trwania sytuacji przemocowej często dochodzi też do rozwinięcia zaburzeń depresyjnych lub depresyjno-lękowych. W niektórych, szczególnie skrajnych przypadkach, mogą wystąpić objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD), takie jak natrętne wspomnienia, koszmary, unikanie sytuacji przypominających o traumie czy nadmierna czujność.

**Mówimy tu przede wszystkim o osobach doznających przemocy tu i teraz, a jak jest z tymi, które miały takie doświadczenia w przeszłości, np. w dzieciństwie – jakie mogą być dla nich konsekwencje właśnie od strony psychiatrycznej?**

To bardzo szeroki temat, ponieważ osoby, które doświadczały przemocy w dzieciństwie, mogą borykać się z wieloma różnymi problemami w zakresie zdrowia psychicznego. Dzieciństwo to w końcu czas, który ma największy wpływ na kształtowanie się osobowości, a zatem trudne doświadczenia w tym okresie szczególnie silnie mogą odbić się na funkcjonowaniu w dorosłym życiu, zarówno w sferze emocjonalnej, jak i społecznej. Co się z tym wiąże, u takich pacjentów i pacjentek obserwuje się na przykład objawy właśnie zaburzeń osobowości, takie jak trudności w budowaniu relacji, skłonność do autoagresji czy problemy z kontrolą emocji. Mogą również występować zaburzenia lękowe, jak poczucie ciągłego zagrożenia, nadmierna czujność czy ataki paniki. Diagnozowane jest u nich także complex PTSD.



### **O którym, mam wrażenie, mówi się coraz częściej.**

A na pewno warto mówić o nim właśnie w kontekście przemocy domowej. Złożone zaburzenie stresowe pourazowe rozwija się bowiem w konsekwencji długotrwałej, powtarzającej się traumy. Objawia się przewlekłym stresem, poczuciem bezradności, trudnościami w regulacji emocji oraz negatywnym obrazem siebie i świata, co powiązane jest m.in. z poczuciem winy, wstydu, niższości, izolacji. Od takich osób nieraz słyszy się zdania typu: „To była moja wina”, „Jestem złym człowiekiem”, „Mogłam/mogłam się nie urodzić” itp. Poza tym oczywiście pojawiają się u nich także symptomy typowe dla PTSD, jak np. koszmary senne, flashbacki, stany dysocjacyjne czy unikanie sytuacji, miejsc, osób kojarzących się z traumatycznymi doświadczeniami.

**Przy czym nie każdy tego doświadcza. Co Twoim zdaniem sprawia, że niektóre osoby z doświadczeniem przemocy w dzieciństwie mierzą się chociażby właśnie z cPTSD, a inne „wychodzą bez szwanku”?**

W dużej mierze zależy to od tego, czy otrzymywały jakieś wsparcie. Mogły je mieć zarówno w domu rodzinnym, chociażby od niekrzywdzącego rodzica, babci czy cioci, jak i poza nim, np. w szkole, wśród przyjaciół, sąsiadów czy innych bliskich osób. Ci, którzy mogli liczyć na pomoc i mieli z kim porozmawiać, często faktycznie lepiej radzą sobie z konsekwencjami przemocy. Natomiast osoby, które były skazane tylko na oprawcę, nie miały możliwości kontaktu z kimś zaufanym lub po podjęciu takiej próby zostały odrzucone i nie uwierzono im w doznawaną krzywdę (bo np. „to niemożliwe, że taki dobry czło-

wiek, jakim jest twój ojciec, dopuszcza się tak złych rzeczy”), częściej doświadczają trudności psychicznych i mają większe problemy w funkcjonowaniu, zaufaniu, zwróceniu się po pomoc.

**No dobrze, załóżmy zatem, że po taką pomoc sięgają – czy to osoby z doświadczeniem przemocy domowej w przeszłości, czy doświadczające jej teraz – kiedy wskazana jest farmakoterapia?**

Wtedy, gdy nasilenie objawów jest na tyle duże, że trudno je opłacać wyłącznie poprzez psychoterapię czy samo odcięcie się od stresora. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, gdy występują nasilone objawy depresyjne, lękowe, bezsenność lub przewlekłe napięcie emocjonalne. W takich przypadkach leki mogą pomóc w złagodzeniu objawów, ustabilizowaniu nastroju i poprawie jakości snu. To bardzo ważne, ponieważ przynosi nie tylko ulgę, ale też ułatwia dalszą pracę terapeutyczną i podejmowanie działań, które mają na celu generalną poprawę sytuacji życiowej.

**A w jaki jeszcze sposób – poza lekami czy skierowaniem na psychoterapię – może pomóc psychiatra?**

Motywowanie do podjęcia psychoterapii jest bardzo ważnym elementem, podobnie jak do wprowadzania innych zmian w życiu, które pozwolą na poprawę bezpieczeństwa i szeroko rozumianego dobrostanu psychicznego. Poza tym – oraz farmakoterapią – psychiatra może przeprowadzić z pacjentem/pacjentką wspierającą, pomagającą w zrozumieniu sytuacji i emocji z nią związanych rozmowę. Może również pokierować do odpowiednich instytucji pomocowych, takich

jak ośrodki pomocy społecznej, poradnie specjalistyczne czy organizacje pozarządowe zajmujące się pomocą osobom doświadczającym przemocy domowej.

### **No i może też uruchomić procedurę „Niebieskie Karty” – jak wynika z Twoich obserwacji: czy to się dzieje?**

Tak, jako lekarze mamy możliwość zakładania Niebieskich Kart w sytuacjach, gdy stwierdzimy, że pacjent doświadcza przemocy domowej. Z moich obserwacji wynika, że dzieje się to coraz częściej, a temat jest regularnie podnoszony chociażby na naszych konferencjach. Na pewno rośnie więc świadomość w tym zakresie, choć jeszcze wiele pracy przed nami. Nie mówię tu jednak tylko o środowisku medyków, ale całym społeczeństwie – im większa będzie w nim wiedza o przemocy domowej i mechanizmach z nią związanych, tym skuteczniej będziemy mogli interweniować. ■



#### **SANDRA BŁĘDEK-ANDRZEJAK**

– lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii. Ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Doświadczenie zdobywała pracując w Oddziałach Psychiatrycznych Całodobowych, Oddziale Psychogeriatrycznym, Oddziale Detoksykacyjnym, a także ambulatoryjnie z pacjentami po doświadczeniu traumy i z uzależnieniami.

# ZABURZENIA OSOLOWOŚCI

wśród osób doświadczających  
i stosujących przemoc  
domową





Zgodnie z ujęciem integracyjnym, przemoc stanowi efekt szczególnej interakcji zachodzącej pomiędzy określonymi cechami czy schematami osoby, jej środowiskiem oraz daną sytuacją. Nie można uznać, że zaburzenie osobowości *per se* stanowi wyłączną przyczynę uwikłania w przemoc domową. Niemniej da się wskazać pewną zależność pomiędzy choćby zaburzeniem osobowości zależnej czy dyssocjalnej a łatwiejszym wchodzeniem w pozycję osoby – odpowiednio – doświadczającej i stosującej przemoc domową<sup>1</sup>.

**BARBARA CZARDYBON**

**Z**aburzenia osobowości można określić jako utrwalone, sztywne wzorce myślenia, reagowania emocjonalnego i zachowania, które powodują cierpienie i zakłócają funkcjonowanie osoby w wielu obszarach życia (Grzegorzewska i wsp., 2023). Mogą one współwystępować m.in. z zespołami uzależnień lub zaburzeniami seksualnymi. Bywa, że tworzą „bazę” pod ukształtowanie się przemocowego wzorca zachowań.

<sup>1</sup> Artykuł powstał na podstawie wykładu Autorki wygłoszonego 27 maja 2025 roku podczas konferencji pn.: „Osoba doświadczająca przemocy – osoba stosująca przemoc. Od związku do zniewolenia”, zorganizowanej przez Fundację ETOH oraz Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w Warszawie.

W przypadku osób doświadczających przemocy i przejawiających problemy w obszarze zdrowia psychicznego, istotną kwestię stanowi diagnostyka różnicowa. Osoby te mogą bowiem nie tyle cierpieć z powodu określonych zaburzeń osobowości, ile raczej zmagać się z uciążliwymi objawami zespołu zaburzeń stresu pourazowego (CPTSD – *complex posttraumatic stress disorder*). „Określone sytuacje wydobywają na powierzchnię pewne aspekty każdej osobowości, które w innych okolicznościach pozostałyby ukryte (...). Charakter ludzi, którzy trwale doświadczają sytuacji bezwzględnie stresującej, może się jawić jako zaburzony według zewnętrznych kryteriów, lecz wzorce ich postępowania mogą wynikać w większym stopniu z owej sytuacji niż z dyspozycji wewnętrznych. (...) Znalazłszy się w podobnej sytuacji, każdy człowiek miałby podobne problemy” (McWilliams, 2024, s. 189).

Osoba stosująca przemoc jest najczęściej jednostką niedojrzałą emocjonalnie, o niskim poziomie kontroli impulsów, z deficytami wartości, ale w pewnych sytuacjach udającą empatię, o niskiej samoocenie, kompensowanej poprzez dominację i kreację wszechwładztwa, a także autorytarnymi poglądami. Część aktów przemocy dokonywana jest pod wpływem substancji psychoaktywnych, które zaburzają ocenę sytuacji i osłabiają kontrolę zachowań. W przypadku osób z uzależnieniem i stosujących przemoc domową szczególnym czasem są początki abstynencji – okres ten nierzadko związany jest z niepokojem i labilnością emocjonalną. Ważna jest również odpowiedź na pytanie, czy zachowanie przemocowe nie pojawia się wyłącznie w trakcie trwania epizodu maniakalnego bądź schizofrenii (Pilszyk, 2007; Błędek-Andrzejak, 2024; Millon i wsp., 2005).

## PROBLEM ROZPOZNAŃ KLINICZNYCH

Kwestią stale powracającą w dyskusjach badaczy i klinicystów jest pytanie o to, co w zakresie zdrowia psychicznego stanowi jeszcze normę, a co już patologię. O ile według C. Rogersa „osoba w pełni funkcjonująca” jest otwarta na doświadczenie, a jej życie rozgrywa się „tu i teraz”, o tyle dla jednostki osobowościowo zaburzonej elastyczna adaptacja będzie czymś problematycznym. Przykładowo o osobowości depresyjnej można powiedzieć, że jest w niewielkim stopniu zorientowana na przyjemność, a w dużym – na ból. „Depresyjna” kobieta może odczuwać satysfakcję z opieki nad innymi, ale kobieta „patologicznie depresyjna” nie będzie potrafiła zaopiekować się sobą. Norma i patologia tworzą zatem kontinuum (Millon i wsp., 2005; McWilliams, 2024).

Temat zaburzeń osobowości jest związany z jeszcze inną dyskusyjną kwestią. Diagnoza zaburzeń osobowości niesie ze sobą ryzyko patologizacji czy stygmatyzacji jednostki – to głos, który wciąż wybrzmiewa. Odmienny punkt widzenia związany jest z uznaniem znaczenia prawidłowej diagnozy jako podstawy podejmowania adekwatnych, czyli efektywnych i skutecznych oddziaływań terapeutycznych: „Diagnoza jest podstawą terapii. Bez niej terapia byłaby pozbawiona logicznych podstaw” (Millon i wsp., 2005, s. 94).

Klasyfikacja ICD-10 obejmuje następujące grupy zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych<sup>2</sup>: specyficzne zaburzenia

---

2 Dość długo diagnostyka zaburzeń osobowości dotyczyła osób dorosłych, ewentualnie dochodziło do rozpoznawania wczesnych symptomów w okresie późnej adolescencji. Obecnie coraz częściej spotykamy diagnozy zaburzeń osobowości u osób poniżej osiemnastego roku życia (Grzegorzewska i wsp., 2023).

osobowości (F60), zaburzenia osobowości mieszane i inne (F61), trwałe zmiany osobowości, które nie wynikają z uszkodzenia ani z chorób mózgu (F62). Do pierwszej podkategorii zaliczamy między innymi osobowość dyssocjalną (F60.2), chwiejną emocjonalnie (F60.3), histrioniczną (F60.4), zależną (F60.7), inne określone zaburzenia osobowości (F60.8). Osobowość chwiejna emocjonalnie ma dwa typy – impulsywny (F60.30) i borderline (F60.31). Inne określone zaburzenia osobowości to na przykład osobowość narcystyczna.

## OSOBOWOŚĆ DYSSOCJALNA I NARCYSTYCZNA

Osobowość dyssocjalna i narcystyczna posiadają wspólną cechę: „Obie osobowości, o ile mieszczą się w granicach normy, zorientowane są na zaspokajanie własnych potrzeb i pragnień. Po przekroczeniu owych granic nie tylko stawiają siebie na pierwszym miejscu, ale także zaspokajają swoje potrzeby i pragnienia, pomijając dobro innych ludzi, czyniąc to ich kosztem lub wręcz ich krzywdząc” (Millon i wsp., 2005, s. 171). Szkodliwość tych zachowań nie budzi wątpliwości.

Osobowość dyssocjalna, dawniej określana mianem psychopatycznej, to osobowość seksualnych morderców oraz jednostek przejawiających ekstremalne formy prymitywnej agresji (Beisert, Izdebska, 2017). W rodzinach generacyjnych przyszłych jednostek z tym zaburzeniem osobowości najczęściej brakuje właściwych wzorców prospołecznych oraz konstruktywnych doświadczeń socjalizacyjnych, opartych na jednoczesnym podporządkowaniu ko-

muś i doznawaniu życzliwości czy ciepła. Wskazuje się również na silny wpływ czynników biologicznych w genezie tego zaburzenia (Millon i wsp., 2005).

Dyssocjalne zaburzenie osobowości kojarzone jest przede wszystkim z lekceważeniem powszechnie akceptowanych norm społecznych, a także cechującym się brakiem skrupułów, krzywdzeniem innych. Styl poznawczy osób z opisywanym zaburzeniem osobowości jest impulsywny, egocentryczny i dewiacyjny. Zaburzenia zachowania występują u nich już w okresie wczesnego dorostania. Jako dzieci mogą na przykład znęcać się nad zwierzętami. Inne przykładowe wskaźniki behawioralne dyssocjalnego zaburzenia osobowości to oszustwa, kradzieże, niszczenie mienia publicznego. Osoby te z jednej strony dążą do zdobycia kontroli nad innymi ludźmi, a z drugiej pragną uniknąć jej wobec samych siebie. Konflikt będą odreagowywać w działaniu; najczęściej odwołują się do metody zastraszania i przymusu. Tolerancja na frustrację jest w tej grupie osób mocno ograniczona. Gdy jej doświadczają, nie potrafią wyhamować. Częste nadużywanie substancji psychoaktywnych wpisuje się w bardziej ogólny wzorec naruszania norm społecznych przy trwałym braku odpowiedzialności za własne zachowanie. U jednostek dyssocjalnych może pojawiać się także szczególnego rodzaju swoboda czy wręcz drapieżność seksualna (ibidem).

W przypadku osobowości narcystycznej uwagę zwraca patologia relacji z obiektem. Tym, co charakteryzuje jednostki z narcystycznym zaburzeniem osobowości, jest brak empatii, czyli niemożność rozpoznania czy identyfikacji z potrzebami i uczuciami innych osób. Osoby te są nadmiernie skupione na sobie. Towarzyszy im przekona-



nie o byciu lepszym od innych. Od osób ze swojego otoczenia oczekują, że będą im ustępować. Częstymi zaburzeniami współwystępującymi są zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, takich jak na przykład kokaina (Millon i wsp., 2005; Gościński, 2017). „Zwłaszcza w przypadkach złośliwego narcyzmu preedy palna agresja może przenikać perwersję i przekształcać ją w sado masochistyczny wzorzec interakcji realnie zagrażający zdrowiu i życiu pacjenta oraz jego partnera” (Beisert, Izdebska, 2017).

## OSOBOWOŚĆ BORDERLINE I HISTRIONICZNA

O osobowości chwiejnej emocjonalnie, typ z pogranicza, mówi się, że jest „zaburzeniem osobowości naszych czasów” (Cierpiątkowska, 2017, s. 171). O ile dyssocjalne zaburzenie osobowości częściej spotykamy u mężczyzn, o tyle zaburzenie borderline – u kobiet. Zaburzenie to występuje zarówno u osób doznających, jak i stosujących przemoc domową. Życie jednostek z zaburzeniem osobowości borderline określane jest przez tendencję do ambiwalencji w wielu obszarach funkcjonowania. Życie to jest mocno zdezorganizowane i chaotyczne, pełne niepokoju, skrajności, impulsywności. Ich relacje międzyludzkie są trudne i skomplikowane, a sposób wchodzenia w nie – specyficzny.

Osoby te przeżywają podstawowy konflikt pomiędzy potrzebą relacji z dobrym obiektem a strachem przed taką relacją (Millon i wsp., 2005; Popiel, 2011; Czardybon, 2020). Ich poczucie tożsamości jest kruche i labilne, co sprzyja definiowaniu siebie poprzez relacje z innymi ludźmi. W przypadku tych osób zaznacza się rozregulowanie emocjonalne i behawioralne. Mogą mieć trudność z realistycznym

szacowaniem swoich reakcji oraz przejawiać tendencje autoagresywne. Doświadczanie przez nich poczucia pustki wewnętrznej jest niezwykle bolesne.

Jednostki te wykazują ogromną czujność oraz tendencję do nadmiernego skupiania uwagi na negatywnej odstonie zdarzeń. Ich decyzje cechuje niestałość. Jeśli przejawiają zachowania uwodzące, można na nie spojrzeć jako na sposób zdobycia kontroli nad bezradnością związaną z możliwymi nadużyciami w przeszłości. Rekomendowanym podejściem terapeutycznym jest terapia dialektyczno-behawioralna M. Linehan (Millon i wsp., 2005; Popiel, 2011; Czardybon, 2020; Czardybon, 2022; Cierpiątkowska, 2017; Frączek, 2017).

U jednostek z osobowością histrioniczną obserwujemy zaś przede wszystkim wzorzec uzewnętrzniania emocji oraz zachowania skupionego na zwracaniu na siebie uwagi. Ich tożsamość jest rozproszona i niepewna. Osoby te mają skłonność do uwodzenia oraz prowokacji seksualnych, a także trudności w osiągnięciu bliskości emocjonalnej. Uaktywnia się także potrzeba nowości i stymulacji. Ich styl poznawczy jest chaotyczny. Osoby te mogą dysocjować. U kobiet zaznacza się tendencja do orientacji na oczekiwania mężczyzn oraz dostrajania się do nich. Jednocześnie mogą występować u nich irracjonalne wybuchy gniewu i furii (Millon i wsp., 2005; Groth, 2017). Znamienne, że „kobiety o osobowości histrionicznej pociągają supermęscy mężczyźni o cechach antyspołecznych, ponieważ są dla nich atrakcyjni jako uosobienie siły, pewności siebie i skłonności do ryzyka. Z kolei antyspołecznych mężczyzn pociąga w kobietach o osobowości histrionicznej infantylna seksualność i impulsywne szukanie wrażeń” (Millon i wsp., 2005, s. 351).

## OSOBOWOŚĆ ZALEŻNA

Wyróżnikiem osobowości zależnej pozostaje trwała i nadmierna potrzeba bycia zaopiekowanym, która może prowadzić do uległości i lgnięcia do innych oraz do lęków separacyjnych. Jednostki z osobowością zależną doświadczają siebie jako kogoś wybrakowanego. Mechanizmy idealizacji są związane ze skłonnością do stapiania własnej tożsamości z tożsamością innych osób przeżywanych jako silne. Ich własna złość bywa dla nich szczególnie zagrażająca; unikają stosowania siły. Osoby te mogą być skłonne do podtrzymywania relacji za wszelką cenę. Tylko po to, by uzyskać opiekę innych, mogą robić coś nieprzyjemnego dla siebie, także pozwalać na nadużycia lub krzywdzenie (np. przemoc domową). Zależność pozytywnie koreluje z zaburzeniami somatycznymi, co m.in. oznacza gotowość przyjmowania przez jednostki zależne roli chorych. Dla takich osób rozstanie w relacji romantycznej najczęściej oznacza totalne unicestwienie. Zadanie, które tutaj się wyłania, to nauka wchodzenia w relacje z innymi ludźmi w sposób zachęcający do indywidualizacji, nie zaś podporządkowania (Millon i wsp., 2005; Górska, 2017). Tylko wtedy możliwe staje się prawdziwe wsparcie.

## PODSUMOWANIE

Obecność zaburzeń osobowości wiąże się z ryzykiem rozwoju innych form psychopatologii, powiązanych choćby z aktywizacją mechanizmów agresji w sytuacjach konfliktowych. W kontekście relacyjnym zaburzenia osobowości mogą sprzyjać – jeśli nie występowaniu prze-

mocy domowej – to przynajmniej szczególnego rodzaju wzajemnemu potwierdzaniu zniekształconego obrazu rzeczywistości obydwu stron diady. Przykładowo narcystyczny partner może potępiać swoją partnerkę za jej braki. Ona zaś – jeśli ma strukturę masochistyczno-depresyjną – będzie pozostawać bierna, będzie przytakiwać.

Własne znaczenie będą umniejszać również jednostki z zaburzeniem osobowości zależnej, dla których charakterystyczne są bierne mechanizmy radzenia sobie. Poszukując poczucia siły i wyższości na zewnątrz, mogą wiązać się i tkwić w relacjach, w których dochodzi do łamania ich praw, a w skrajnych przypadkach budować związki nawet z partnerami z osobowością dys socjalną. Idąc dalej – przemoc będzie wzmacniać wcześniej już ukształtowane przekonanie o zasługiwaniu na złe traktowanie (Millon i wsp., 2005; Pilszyk, 2007).

Istotne zmiany w sposobie myślenia o zaburzeniach osobowości przynosi klasyfikacja ICD-11. Środowisko specjalistów potrzebuje pogłębienia wiedzy w zakresie diagnostyki oraz sposobów pomagania osobom cierpiącym z powodu zaburzeń osobowości i jednocześnie uwikłanym w przemoc domową. Tym bardziej, że nawet po zatrzymaniu zachowań przemocowych, jeszcze przez długi czas mogą być odczuwane ich skutki. ■

## BIBLIOGRAFIA

- Beisert M., Izdebska A. (2017). Zaburzenia seksualne w zaburzeniach osobowości. W: red. L. Cierpiątkowska, E. Soroko. *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań.
- Błędek-Andrzejak S. (2024). Agresja u osób stosujących przemoc – okiem psychiatry. *Niebieska Linia* (4).
- Cierpiątkowska L. (2017). Borderline jako typ i struktura osobowości. W: Red. L. Cierpiątkowska, L., Soroko E. (2017). *Zaburzenia osobowości, Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań.

- Czardybon B. (2020). Związek między osobowością borderline a współzależnieniem w świetle traumy przywiązaniowej. *Świat Problemów* (10).
- Czardybon B. (2022). Pustka emocjonalna jako efekt traumy relacyjnej. *Świat Problemów* (10).
- Frączek A. (2017). Zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania. W: red. L. Cierpiątkowska, E. Soroko. *Zaburzenia osobowości, op. cit.*
- Gościński J. (2017). Narcystyczne zaburzenie osobowości. W: red. L. Cierpiątkowska, E. Soroko. *Zaburzenia osobowości, op. cit.*
- Górska D. (2017). Zależne zaburzenie osobowości. W: red. L. Cierpiątkowska, E. Soroko. *Zaburzenia osobowości, op. cit.*
- Groth J. (2017). Histrioniczne zaburzenie osobowości. W: red. L. Cierpiątkowska, E. Soroko. *Zaburzenia osobowości, op. cit.*
- Grzegorzewska I. i wsp. (2023). Doświadczanie przemocy a nieprawidłowy rozwój osobowości u młodzieży. *Resocjalizacja Polska* (26).
- McWilliams N. (2024). *Diagnoza psychoanalityczna*. Tłum. A. Pałynyczko-Ćwiklińska. Sopot.
- Millon Th. i wsp. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Tłum. H. Grzegolowska-Klarkowska i in., Warszawa.
- Pilszyk A. (2007). Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie. *Psychiatria Polska* (6).
- Popiel A. (2011). Zaburzenie osobowości z pogranicza – wyzwanie terapeutyczne. *Psychiatria* (2).



### BARBARA CZARDYBON

– dr n. hum. w zakresie filozofii, psychoterapeutka integracyjna, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień, certyfikowana specjalistka w zakresie pomocy psychologicznej dla par, terapeutka zaburzeń seksualnych, trenerka umiejętności psychospołecznych, wykładowczyni akademicka oraz Studium Pomocy Psychologicznej dla Par IPZ PTP, Sosnowiec–Warszawa.



# PROBLEM AGRESJI I PRZEMOCY u osób z borderline a relacja terapeutyczna



W kontakcie terapeutycznym osoby ze wzorcem borderline są nierzadko postrzegane jako klienci trudni, krytyczni, agresywni, łatwo rezygnujący z terapii. Pojawiając się w gabinecie psychologa, często niosą ze sobą problem przemocy domowej, tej doświadczanej w dzieciństwie lub na różne sposoby obecnej w ich życiu. Zrozumienie istoty funkcjonowania osób z borderline oraz możliwych trudności w nawiązaniu i utrzymaniu relacji terapeutycznej to podstawa konstruktywnej pomocy.

**AGATA SIEROTA**

**D**oświadczenia autorki oraz innych psychologów, psychoterapeutów, pracujących z osobami z borderline potwierdzają, że tego typu kontakt może być rozwijający dla obu stron, a zmiany w zachowaniu klientów dość szybko stają się wyraźne. Warunkiem jest wspierająca relacja terapeutyczna oraz konstruktywny feedback dotyczący agresywnych zachowań pacjentów ze wzorcem borderline.

## WZORZEC BORDERLINE

Współcześnie określenie „zaburzenie borderline” zniknęło z klasyfikacji. Jednak nadal w ICD-11 wśród zaburzeń osobowości znajdu-

jemy „wzorzec borderline” (pod oznaczeniem 6D11.5). Charakteryzuje się niestabilnością relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektu oraz wyraźną impulsywnością. Dla wygody w niniejszym artykule używany będzie skrót BDP, od *Borderline Personality Disorder*, gdyż wzorzec borderline wpisuje się w zaburzenia osobowości.

*Borderline Personality Disorder* jest uważane za złożone zaburzenie z pogranicza chorób psychotycznych i nerwicowych. Osoba z BDP funkcjonuje tak, jakby zbliżała się do granicy psychozy, jednak jej nie przekracza, balansując między zachowaniami lękowymi (dawniej: nerwicowymi) a psychotycznymi. Borderline jest określane jako zaburzenie osobowości, przy którym osoba posiada cechy niebędące podatne na zmianę i utrudniające funkcjonowanie w życiu codziennym, a także elastyczne reagowanie na pojawiające się wyzwania. Prowadzi to do problemów w relacjach społecznych, zawodowych i/lub subiektywnie złego samopoczucia.

## RELACJE Z INNYMI

Cechy borderline mają swoisty wpływ na kształt relacji z innymi. Jako charakterystyczne wskazuje się na występowanie co najmniej 5 z 9 możliwych symptomów:

- gorączkowe wysiłki, aby uniknąć prawdziwego lub wyimaginowanego porzucenia,
- tworzenie niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich, charakteryzujących się naprzemienną idealizacją i dewaluacją,
- zaburzenie tożsamości (wyraźnie i uporczywie niestabilny obraz siebie lub poczucie siebie),

- impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie autodestrukcyjne (np. wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się),
- nawracające zachowania lub groźby samobójcze, samookaleczenia,
- niestabilność afektywna spowodowana wyraźną reaktywnością nastroju,
- chroniczne uczucie pustki,
- nieadekwatny, intensywny gniew lub trudności w kontrolowaniu go,
- przejściowe, związane ze stresem objawy psychotyczne lub dysocjacyjne (Krzysztof-Świdorska, Małek, 2022).

Bardziej wnikliwe podejście do zaburzeń osobowości borderline skłania do refleksji nad obecnością przemocy domowej w życiu osób z BDP.

## PRZEMOC A BORDERLINE

Wspomniane powyżej trudności z kontrolowaniem gniewu często prowadzą osoby z wzorcem borderline do zachowań agresywnych, a nawet przemocowych. Jednak problemy z wyrażaniem złości i gniewu mogą przejawiać się jako nadmierne wyrażanie emocji bądź ich tłumienie. Długotrwałe tłumienie w sobie negatywnych uczuć nie zawsze musi prowadzić do spektakularnych wybuchów emocji, ale może przejawiać się w zachowaniach autodestrukcyjnych. Okazuje się, że impulsywne zachowanie może oznaczać u BDP chęć pozyskania zainteresowania czy potrzebę opieki. Gdy

osoba z wzorcem borderline stosuje wobec partnera przemoc słowną, ciągle go krytykuje, obwinia czy kontroluje każdy jego ruch, przyczyną może być odczuwany paniczny lęk przed opuszczeniem (Mason, Kreger, 2022).

Kolejną kwestią w kontekście przemocy stosowanej przez osoby z BDP jest powiązanie tego wzorca z tendencją do uzależnień. Wiele badań potwierdza, że około połowa osób, u których zdiagnozowano borderline, zmaga się również z jakiegoś typu uzależnieniem, często od alkoholu czy narkotyków, a także uzależnieniami behawioralnymi, jak np. problemowym kupowaniem czy graniem w gry hazardowe.

Ponadto BDP często towarzyszą też inne zaburzenia, które mogą być związane z pojawianiem się zachowań agresywnych, m.in. zaburzenia odżywiania, zaburzenia nastroju (depresja) czy dotyczące sfery seksualnej (preferencji seksualnych, tożsamości płciowej). Wszystkie uzależnienia, wahania poziomu cukru wywołane zaburzeniami odżywiania, problemy seksualne, a nawet depresja w swojej typowej dla mężczyzn odmianie, mogą zwiększać poziom napięcia, agresywności i skłonności do stosowania zachowań przemocowych. Takie tendencje powinny być analizowane także w kontekście występowania powyższych symptomów, często jako pośredni, a nie tylko bezpośredni skutek BDP (Sierota, 2023).

Osoby z borderline wchodząc w dorosłe życie ze wzorcem osoby doznającej przemocy, wykorzystania seksualnego w dzieciństwie czy w wieku nastoletnim, stają się nierzadko nie tylko osobami stosującymi przemoc domową, ale także jej doświadczającymi (Klatkiewicz, 2011). Osoby z BDP często obawiają się rodzi-

cielstwa, nierzadko mają głęboką świadomość własnej niestabilności i nie chcą poprzez to krzywdzić swojego dziecka. Czasem zgłaszają, że ich problemy emocjonalne przekładają się na zachowania agresywne, a nawet przemocowe wobec dziecka (Klatkiewicz, 2011).

## PRZYKŁAD Z ŻYCIA – NIKOLA

Nikola, 28 lat, wyższe wykształcenie, w związku partnerskim, 4-letni syn. Pojawiła się w gabinecie psychologa z wyrazem wyższości i pogardy, twierdząc, że poprzedni terapeuta nie dał sobie z nią rady. Od początku kontaktowała granice nowego pomagającego, będąc krytyczną i obrażając terapeutę. Ze spokojem jednak wysłuchiwała zasad proponowanego kontraktu i bez problemu, prawie natychmiastowo, dostosowała się do niego. Była świadkiem przemocy ojca wobec matki, wykorzystywana w dzieciństwie seksualnie przez brata ojca. Po odejściu ojca do innej kobiety – emocjonalnie wykorzystywana przez osamotnioną matkę. Od wieku nastoletniego towarzyszyły jej różne uzależnienia i tendencja do nawiązywania krótkotrwałych relacji seksualnych, a także samookaleczenia. Związała się z mężczyzną, który ma problemy z kontrolą gniewu, z tendencją do zachowań przemocowych. Sama często przejawiała wobec niego agresję werbalną, czasem także fizyczną. Gdy na świecie pojawił się ich syn Damian, początkowo impulsywne zachowania obojga partnerów ustały, ale po jakimś czasie wróciły z dużym nasileniem. Mężczyzna stawiał syna na pierwszym miejscu, co u Nikoli wywoływało poczucie odrzucenia i było źródłem



agresywnych zachowań wobec partnera, jak również dziecka. Będąc świadomą niewłaściwych zachowań wobec syna, szukała pomocy terapeutycznej. Zrozumienie podczas spotkań mechanizmów i prawdopodobnych przyczyn własnych zachowań, zaowocowało powolnymi zmianami w obrazie siebie i zmianą postawy wobec syna, z czasem także do partnera.

### NAWIĄZANIE I UTRZYMANIE RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

Problemy osób z zaburzeniem borderline w relacjach, niestabilność emocjonalna oraz zaburzenia w obrazie siebie pokazują, że w pracy terapeutycznej warunkiem koniecznym jest wzajemnie akceptująca relacja z terapeutą. Zbyt szybkie skupianie się na tych aspektach, które wybijają się na pierwszy plan – próbach samobójczych, samouszkodzeniach czy uzależnieniach, bez nawiązania akceptowanej przez pacjenta relacji, może skutkować porzuceniem terapii.

Relacja terapeutyczna z osobą z BDP bywa postrzegana jako dramatyczne stąpanie po linie (Klatkiewicz, 2015), co – choć oddaje istotę kontaktu – budzi w terapeutach (zwłaszcza początkujących) obawy, że nie sprostają zadaniu. Bywa, że ze względu na wrogi stosunek do specjalisty lub seksualnie prowokacyjne zachowania, osoba z BDP jest „przekazywana” innemu terapeutce. Choć w niektórych sytuacjach jest to konieczne, bezwzględnie nie można nadużywać takiego proceduru dla – pozornego – dobra pacjenta. W efekcie może w nim bowiem wybrzmieć wspomnienie

traumy odrzucenia, np. gdy usłyszy słowa: „Byłoby wskazane, by pani/pan wybrali innego terapeutę”.

W większości trudnych sytuacji z osobą z BDP pomocne może być skorzystanie z dodatkowej supervizji, bez uciekania się do „porzucania” pacjenta. Jednak z całą pewnością osoba prowadząca terapię nie może mieć problemu z własnymi granicami, które osoba z BDP często nieświadomie przekracza lub odsuwa się, a nawet opuszcza relację terapeutyczną (Klatkiewicz, 2015). Świadomy terapeuta wie, że jest to wynikiem wewnętrznej niestabilności osoby z BDP.

Z wypowiedzi klientów z borderline wynika, że na relację terapeutyczną korzystnie wpływa zawiązanie kontraktu, w którym terapeuta niejako przygotowuje osobę na odczucia i wydarzenia, które mogą wystąpić w procesie nawiązywania relacji. Może to być wspólne ustalanie zasad postępowania, gdy u osoby z BDP pojawiają się krytyczne, gniewne myśli wobec terapeuty, odczucie jego niekompetencji podczas spotkania oraz rozterki związane z brakiem sensu kontynuowania terapii czy nawet przekonanie o konieczności jej zakończenia. Dobrze, gdy terapeuta jest elastyczny i zachęca klienta do szczerości. Czasami na początku spotkań terapeuta wyjaśnia, że takie myśli, decyzje mogą się pojawić. Bardzo ważne jest natomiast zrozumienie znaczenia motywu uniknięcia odrzucenia w relacji z terapeutą, funkcji stosowanych wobec niego zachowań agresywnych oraz akceptacja zmienności i impulsywności osoby z borderline.

Zachowania agresywne wobec specjalisty, przekraczanie jego osobistych granic może negatywnie wpływać na jego odczucia i po-

wodować reakcje, które osoba z BDP może odebrać jako odrzucenie, zamykając się lub rezygnując ze spotkań. Co przy tym istotne, warto pamiętać, że pacjenci z BDP często potrzebują uprawomocnienia swoich zachowań. Terapeuta może więc wskazywać na negatywne zachowania osoby z borderline jako jedyne możliwe dla niego w danym momencie. Jednocześnie musi być czujny, gdyż tworzenie bliskiej więzi z pacjentem powoduje aktywowanie jego destrukcyjnych schematów przywiązania. Klient odczuwa lęk przed bliskością, dlatego reaguje wrogością lub ucieczką. Zbyt bliska relacja z terapeutą może prowadzić do „złania się w jedno” (osoba z BDP nieustannie oscyluje pomiędzy biegunami stopienia się i odrzucenia) i do podążania za terapeutą, a nie za sobą i własnymi odczuciami. Należy być wyczulonym, gdy klient zaczyna bezkrytycznie i aktywnie podążać za każdą sugestią. Nie zawsze prowadzi to w dobrym kierunku rozwojowym. Warto pamiętać, że w każdym momencie, gdy osoba z borderline odczuje brak akceptacji ze strony terapeuty, gotowa jest porzucić terapię, nawet nie do końca orientując się, co się właściwie stało.

## TRUDNA TERAPIA?

W wielu naukowych opracowaniach podkreślano trudność kontaktu terapeutycznego i negatywne emocje, jakie mogą budzić pacjenci z BDP u osób profesjonalnie pomagających (Krawczyk, 2009). Tak, może tak być, o ile terapeuta nie jest świadomy własnych ograniczeń i trudności oraz nie korzysta z superwizji. Zaburzenia osobowości borderline w ciągu ostatnich 20 lat zostały bardzo dobrze rozpoznane i opisane, co nie umniejsza złożoności zaburzenia, ale na pewno przy-

gotowuje terapeutę na kontakt z osobami z tego typu trudnościami. Praktycy podkreślają, że wielu pacjentów z BDP poprzez nieswoiste, często niezrozumiałe dla nich samych doświadczane cierpienie, jest zdezorientowanych w szukaniu dobrej terapii i uzyskują w niej duże postępy (Puk, 2013).

## KU ZDROWIENIU

Osoby z borderline często myślą o sobie, że są złe i krzywdzą ludzi z bliskiego im otoczenia. Dokonują autokrytyki swoich agresywnych, a nieraz wręcz przemocowych zachowań. Pomoc w zrozumieniu przez nich własnych motywów zachowań ułatwia podjęcie praktycznych, często ogromnych dla tych osób zmian. Jest to jednak możliwe jedynie poprzez relację, w której dostają feedback wobec ich agresji i dzięki temu uczą się, że stawianie granic przez otoczenie nie musi oznaczać zerwania relacji. Wręcz przeciwnie – powtarzające się sytuacje stawiania granic wobec takich zachowań, przy jednoczesnej akceptacji osoby, daje nowe, korygujące doświadczenie, z którego pacjenci i pacjentki uczą się korzystać także poza gabinetem terapeuty. ■

## BIBLIOGRAFIA

- Klatkiewicz A. (2011). Traumatyczne zdarzenia w dzieciństwie a rozwój zaburzenia osobowości borderline. *Nowiny Lekarskie* 6 (80), s. 484–492.
- Klatkiewicz A. (2015). Relacja terapeutyczna w terapii pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline. *Psychoterapia*, 2 (173), s. 23–32.
- Krawczyk J. (2009). *Zaburzenia osobowości z pogranicza – borderline*. <https://psychologia.edu.pl/czytelnia/1-35-zdrowie-i-choroba/1499-zaburzenia-osobowosci-z-pogranicza-borderline-joanna-krawczyk.html> (dostęp: 10.07.2025).

Krzysztof-Świdarska A., Małek D. (2022). Osobowość typu borderline w ICD-11 i DSM-5 – relacyjna natura kryteriów zaburzenia. *Psychiatria, Psychologia Kliniczna*, 22 (3), s. 175-179.

Mason P.T., Kruger R. (2022). *Borderline. Jak żyć z osobą o skrajnych emocjach*. Gdańsk: GWP.

Puk B. (2013). *Osobowość borderline – ujęcie psychoanalityczne*. [https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/zaburzenia\\_osobowosci/77329,osobowosc-borderline-ujecie-psychoanalityczne](https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/zaburzenia_osobowosci/77329,osobowosc-borderline-ujecie-psychoanalityczne) (dostęp: 10.07.2025).

Sierota A. (2023). Borderline – dlaczego trudna terapia uzależnień. *Świat Problemów*, nr 4, s. 20-23.

Solarz-Bogusławska J. (2013). *Osobowość chwiejna emocjonalnie typ borderline – etiologia i obraz kliniczny*. <http://psychologia.net.pl/artukul.php?level=629> (dostęp: 10.07.2025).

---

### AGATA SIEROTA

– psycholożka kliniczna i społeczna, autorka wielu artykułów dotyczących obszaru uzależnień i psychologii, Lublin.

### DODATKOWA KONSULTACJA MERYTORYCZNA: JUSTYNA RZYTAKI-SROKA

– psycholożka Niebieskiej Linii IPZ, koordynatorka poradni online na platformie 116sos.pl, certyfikowana specjalistka oraz superwizorka w zakresie pomocy osobom doświadczającym przemocy



A close-up, high-contrast photograph of a woman's face in profile, screaming with her mouth wide open. Her eyes are squeezed shut, and her expression is one of intense pain or anger. The background is a swirling, fiery orange and yellow, suggesting a fire or explosion. The overall mood is one of intense emotional distress and aggression.

# KIEDY TRAUMA BOLI INNYCH

PTSD jako predyktor agresji  
i przemocy domowej



Doświadczenie przemocy domowej może doprowadzić do rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD). Osoby nim dotknięte ponoszą konsekwencje, które powodują cierpienie, ale też są trudne do zaakceptowania przez otoczenie.

Dotyczy to zwłaszcza regulacji napięcia emocjonalnego, w tym zarządzania złością. Trzeba jednak pamiętać, że pod maską agresji nierzadko kryje się ogromny lęk, silna potrzeba kontroli, co w efekcie ma nie dopuścić do ponownych zranień. Tylko czy musi to boleć także innych?

**ANETA GAWĘŁEK**

**Z**espół stresu pourazowego (PTSD) wielu osobom kojarzy się z traumami sytuacyjnymi, które są związane z przeżyciem silnego urazu psychicznego w wyniku katastrofy naturalnej, wypadku czy innych doświadczeń niemożliwych do przewidzenia. Mowa o skrajnie wstrząsających, lecz jednorazowych trudnych wydarzeniach życiowych. Rzadziej zaś kojarzy się z rezultatami długotrwałej przemocy fizycznej, psychicznej i emocjonalnej, łączącej się z zaniebdaniem, odrzuceniem oraz poczuciem opuszczenia i unieważnienia. Jednak u wielu osób, które w dzieciństwie lub w wieku dorosłym do-

świadczą o jakiegokolwiek rodzaju przemocy, zwłaszcza przemocy domowej, nieraz można zaobserwować objawy wynikające właśnie z PTSD. Poza charakterystycznymi flashbackami, czyli nawracającymi urywkami traumatycznych wspomnień, czy stanem chronicznego pobudzenia organizmu, niepokoju oraz czujności, nieraz występuje u nich szereg trudności związanych z regulacją napięcia emocjonalnego, w tym z zarządzaniem złością.

## COMPLEX PTSD

W najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń (ICD – 11) zawarto opis jednostki nozologicznej, która jest zbliżona do PTSD, czyli complex PTSD (CPTSD). Od PTSD różni się etiologią, w tym przypadku wynikającą z doświadczania przewlekłej, chronicznej traumy, nie zaś sytuacyjnej. Tego rodzaju trauma może być konsekwencją długotrwałej przemocy ze strony drugiego człowieka, czyli tzw. trauma relacyjna lub interpersonalna, która nierozłącznie wiąże się m.in. z przemocą domową.

W efekcie trwania w destrukcyjnym środowisku mogą rozwijać się zarówno trudności w obszarze relacji z ludźmi, bliskości, jak i poczucia wartości oraz regulacji emocjonalnej. Niejednokrotnie zdarza się, że ludzie, którzy w przeszłości byli krzywdzeni przez innych, na przykład swoich opiekunów czy rówieśników, sami w dorosłości przejawiają agresywne zachowania i stosują przemoc. Często nie zdają sobie nawet sprawy z tego, że ich zachowanie nosi znamiona agresji (czasem biernej). Wewnętrznie czują się wciąż krzywdzeni przez wszystkich wokół i mają poczucie, że mu-

szą walczyć z ludźmi, tak jakby na zewnątrz nadal czyhało na nich zagrożenie.

### **BŁĘDNE KOŁO ZŁOŚCI JAKO EFEKT UBOCZNY PTSD**

Wśród opisywanych trudności można wymienić tendencję do agresywnego reagowania w sytuacjach stresowych, które wzbudzają poczucie niepewności i braku kontroli, skłonność do inicjowania konfliktów w relacjach interpersonalnych, zwłaszcza jeśli pojawia się jakiekolwiek napięcie, czy wreszcie zwiększone ryzyko zachowań o charakterze samobójczym, w których przeżywany dyskomfort i lęk kierowane są przeciwko sobie. Co jednak ciekawe, niektórzy autorzy wskazują na szereg przypadków, w których po ukończeniu efektywnego oddziaływania terapeutycznego, ukierunkowanego na zminimalizowanie objawów PTSD, jedynym długo utrzymującym się po zakończeniu psychoterapii symptomem jest drażliwość oraz skłonność do wpadania w złość (Morland, Elbogen, Dillon, 2020). Wydaje się więc, że jest to jeden z obszarów wymagających największej uwagi.

W konsekwencji przeżytej traumy może pojawić się zarówno tendencja do tłumienia, odcinania się i kontrolowania złości, jak i impulsywność, drażliwość czy tendencja do odreagowywania napięcia emocjonalnego w zachowaniach ryzykownych, takich jak chociażby uprawianie seksu z przypadkowymi osobami, kłótniowość czy zachowania agresywne (podnoszenie głosu, atakowanie słowne czy fizyczne innych osób). Zdarza się również, że obie te tendencje są

ze sobą powiązane. Wówczas skłonność do tłumienia emocji oraz odcinania się uprzedza etap, w którym nagromadzonych wewnątrz uczuć nie da się już dłużej kontrolować i wystarczy pozornie błaha sytuacja, aby nastąpił agresywny wybuch złości.

Obie tendencje wydają się wiązać z lękiem przed złością oraz jej konsekwencjami, kiedy to tego typu emocje kojarzone są z czymś destrukcyjnym. Pacjentom z diagnozą PTSD lub CPTSD złość kojarzy się z agresją, ponieważ rzadko lub w ogóle nie doświadczali sytuacji, w których złość była wyrażana z poszanowaniem granic drugiej osoby. Częściej służyła jako narzędzie do wymuszenia na innych własnego celu i podporządkowania sobie otoczenia. Niektórzy w dzieciństwie byli również straszeni złością poprzez formułowanie komunikatów, aby „uważać na to, co się robi, bo ktoś inny się zezłości”. Takie doświadczenia mogą rozwinąć skojarzenie tej emocji także z karą. W efekcie może to prowadzić do późniejszego obwiniania innych za odczuwaną złość lub poczucia winy z powodu jej przeżywania.

Zdarza się również, że stanem emocjonalnym poprzedzającym pojawienie się oraz wybuch złości jest lęk sam w sobie. Osoby, które doświadczyły traumy, w konsekwencji której rozwinął się zespół stresu pourazowego, charakteryzują się nadmierną pobudliwością oraz niskim poziomem zdolności do wytrzymywania napięcia i frustracji. Może to oznaczać, że w sytuacjach stresujących zareagują nadmiernym pobudzeniem fizjologicznym. W związku z tym towarzyszyć im będą objawy, takie jak: kołatanie serca, przyspieszony oddech, uczucie zimna lub gorąca, drżenie czy ból odczuwany w różnych częściach ciała. Nierzadko zdarza się, że osoby mające do-

świadczanie traumas są odcięte od swojego ciała i nie zauważają do końca tego, co się z nimi dzieje. Wówczas jedyne, co się w nich pojawia, to uogólnione napięcie i poczucie, że dzieje się „coś złego”. Narastające napięcie może z kolei prowadzić do drażliwości i irytacji, co w konsekwencji skutkuje wybuchem złości, którą na tym etapie trudno jest już kontrolować.

## EMOCJE SĄ PO COŚ, CZYLI O FUNKCJACH ZŁOŚCI

Sposób, w jaki inni ludzie postępują czy reagują nie jest czymś, na co można mieć całkowity wpływ. Wszyscy mają swoją autonomię, granice oraz prawo do podejmowania własnych decyzji. U osób, które doświadczyły traumy, zwłaszcza relacyjnej, owa niezależność może budzić lęk i poczucie zagrożenia, ponieważ może kojarzyć się z ryzykiem, że ktoś podejmie działania na ich szkodę. Wówczas może pojawić się pragnienie skontrolowania drugiej osoby, co szczególnie dotyczy osób bliskich lub z jakiegoś innego powodu ważnych, bowiem silny lęk częściej pojawia się w relacjach istotnych emocjonalnie.

Jeśli przykładowo dana osoba w dzieciństwie doświadczała sytuacji, w których bliscy nadużywali zaufania oraz ranili najbardziej, może przeżywać lęk oraz podejrzliwość w związkach, w których pojawia się większy poziom bliskości. Wydaje się, że dotyczy on obawy przed byciem porzuconym, co może przejawiać się w odczuciu zazdrości o drugą osobę, nieufności wobec jej zachowań, złości na nią, gdy nie reaguje zgodnie z oczekiwaniami etc.

Złość i agresja mogą również maskować inne trudne stany, w tym poczucie niepewności oraz zagrożenia. Osobom z diagnozą zespołu stresu pourazowego może być trudno dopuścić do siebie i zaakceptować poczucie bezradności czy niewiedzy. Takie stany emocjonalne mogą wywoływać wrażenie osłabienia – jakby nie miało się żadnej ochrony wobec ataków z zewnątrz. Aby uchronić siebie przed tym poczuciem, można obronnie reagować m.in. właśnie nasiloną złością, która nieraz bardzo szybko zmienia się w agresywne zachowania. Tego rodzaju reakcja może pojawić się nie tylko w odpowiedzi na zachowania innych, które są interpretowane jako zagrażające, ale również na okazywane współczucie. To wydaje się zaskakujące, jednak osobom, które doświadczyły traumy, troska i współczucie zazwyczaj kojarzy się negatywnie. Osobom z zespołem stresu pourazowego może być niesamowicie trudno przyjąć empatyczne wsparcie od innych, co bywa problematyczne zarówno w kontakcie z psychoterapeutą podczas sesji terapeutycznej, ale także w codziennych relacjach, zwłaszcza z najbliższymi. Można odnieść wrażenie, że niektóre osoby z PTSD odbierają współczucie jako przejaw kierowanej wobec nich pogardy i postawy wyższości. Trochę tak, jakby udowodniano im, że ich słabości oraz to, że nie potrafią sobie z czymś poradzić powoduje, że są odbierani jako gorsi. Taka interpretacja prowadzi do poczucia wstydu i urazy, a w reakcji na nie czasem pojawia się złość oraz obronne zachowania agresywne. Nie piszę tutaj o procesach, które w psychice osób ze stresem pourazowym zachodzą świadomie. Wręcz przeciwnie, mam poczucie, że wiele z tych mechanizmów działa poza świadomością, a tym, do czego real-



nie mają dostęp, jest poczucie krzywdy i przekonanie o byciu ponownie źle potraktowanym.

Moje doświadczenie zawodowe wskazuje, że najczęściej do takich impulsywnych agresywnych reakcji dochodzi w kontekście relacji rodzinnych, które charakteryzują się dużym poziomem bliskości. Zdrowa bliskość zakłada partnerski, równy układ, w którym istnieje przestrzeń na okazywanie sobie wzajemnie różnych uczuć, także tych nieprzyjemnych. Osoby z doświadczeniem traumy (także spowodowanej przemocą domową) mogą przeżywać jako zagrożenie relacje, w których inni czegoś od nich wymagają i mają swoje oczekiwania. Wówczas zdarza się, że osoby skrzywdzone odbierają swoich partnerów jako kontrolujących, a dzieci jako niszczące ich granic. Tego rodzaju interpretacje mogą wynikać z doświadczenia osobistej traumy, która niszcząco wpłynęła na ich poczucie wartości i zaburzyła zdolność do adekwatnego postrzegania rzeczywistości oraz radzenia sobie z frustracjami w zdrowy sposób.

## ZNIEKSZTAŁCENIA ZWIĄZANE Z DOŚWIADCZENIEM TRAUMY

Doświadczenie traumy może pozostawić w psychice ślad związany z utrzymującym się wrażeniem braku przynależności, osamotnienia, przytłoczenia rzeczywistością, ale również przekonania o byciu przygnębiającym dla innych. Poczucie deprywacji szeregu potrzeb psychologicznych związanych z pragnieniem akceptacji, przynależności czy bezpieczeństwa może rodzić wiele frustracji. W przypadku, gdy komuś trudno jest tę frustrację wytrzymać i radzić sobie z nią

w konstruktywny sposób, na przykład korzystając ze wsparcia innych, ona także może się przerodzić w złość i agresję (Hawkins i in., 2014). Niektórym osobom z doświadczeniem traumy relacyjnej korzystanie z pomocy może jawić się jako upokarzające i świadczące o tym, że nie potrafią sobie same poradzić (co przeżywają jako nadmierną słabość).

Osobom z zespołem stresu pourazowego trudno jest korzystać ze wsparcia i pomocy również dlatego, że wiąże się ono z wejściem w jakiś rodzaj zależności od osoby, która tej pomocy udziela. Zależność pojawia się zarówno na poziomie konkretnym, choćby finansowym, ale też emocjonalnym, gdzie w grę wchodzi współczucie, empatia czy wdzięczność. Tego rodzaju relacja świadczy o bliskości, która – jak to zostało już wcześniej opisane – wzbudza w osobach z diagnozą PTSD lub CPTSD intensywny lęk. Przeżywanie nasilonego lęku może istotnie zniekształcać sposób interpretowania rzeczywistości, w tym intencji i zachowań innych ludzi. Oferowana pomoc może wzbudzić raczej podejrzliwość niż wdzięczność, a czyjeś zainteresowanie kojarzyć się z czymś, co w konsekwencji prowadzi do bycia wykorzystanym.

U osób, które mają tego rodzaju trudność w obiektywnym odczytywaniu sygnałów płynących z otoczenia, może pojawić się tendencja do nadmiernego wycofywania z relacji, odrzucania zachęt do bycia w bliskości lub agresywnych reakcji. Osoby takie mogą być wówczas postrzegane jako wrogie, nieżyczliwe, niechętne do kontaktu, niezainteresowane zbudowaniem bliższej relacji. W rzeczywistości jest jednak inaczej, ponieważ paradoksalnie te osoby szczególnie silnie, choć skrycie, tęsknią za bliskością i poczuciem bezpieczeństwa.

## LECZENIE OBJAWÓW ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO

W leczeniu objawów PTSD lub CPTSD skuteczne okazują się techniki osadzone w metodzie poznawczo-behawioralnej, związane z treningiem umiejętności radzenia sobie ze złością, schematami myślenia prowadzącymi do złości oraz wynikającymi z błędnego i zniekształconego interpretowania rzeczywistości jako zagrażającej. Pomocne są również techniki relaksacyjne pomagające w obniżeniu emocjonalnego, jak i fizjologicznego napięcia, które może zwiastować zbliżający się wybuch złości (Mackintosh i in., 2014; Morland, Elbogen, Dillon, 2020).

Inną metodą pomocną w pracy z pacjentami z doświadczeniem traum interpersonalnych jest psychoterapia prowadzona w nurcie psychodynamicznym. Psychoterapeuta, po etapie zbudowania podstawowego poczucia zaufania i bezpieczeństwa w relacji terapeutycznej, koncentruje się w pracy z pacjentem na zrozumieniu oraz przepracowaniu różnych rodzajów traumatycznych przeniesień, jakich na podstawie przeszłych, krzywdzących doświadczeń, nieświadomie dokonuje on w teraźniejszych kontaktach z ludźmi. Pomaga to w określeniu i zbadaniu funkcji, jakie te mechanizmy pełnią. Ponadto wzmacnia poczucie sprawstwa, nadwyrężonego w konsekwencji doświadczanej przemocy oraz umożliwia wypracowanie innych, zdrowszych sposobów radzenia sobie z wewnętrznym napięciem, co w efekcie prowadzi nie tylko do lepszej kontroli nad impulsami, ale też do poprawy ogólnego funkcjonowania. ■

### BIBLIOGRAFIA

Hawkins, K.A., Hames, J.L., Ribeiro, J.D., Silva, C., Joiner, T.E. & Coughle, J.R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 59-65.

Mackintosh, M.A., Morland, L.A., Frueh, B.C., Greene, C.J. & Rosen, C.S. (2014). Peeking into the black box: Mechanisms of action for anger management treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 687-695.

Morland, L., Elbogen, E., Dillon, K. (2020). Anger and PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 31(3), 1-9.

---

### ANETA GAWEŁEK

– psycholożka, pedagogka resocjalizacji, specjalistka psychoterapii uzależnień, psychoterapeutka psychodynamiczna w trakcie procesu certyfikacji. Pracuje w Ośrodku Psychoterapii DDA oraz gabinecie prywatnym, Kraków.

# ZABURZENIA PSYCHICZNE jako czynnik ryzyka przemocy domowej



W praktyce przeciwdziałania przemocy domowej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi specjaliści muszą zmierzyć się nie tylko z trudnościami klinicznymi i społecznymi, ale również z licznymi stereotypami oraz uprzedzeniami, które utrudniają skuteczną interwencję.

**MICHAŁ GLUZEK**

**D**yskusja nad związkiem pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a przemocą domową trwa – zarówno w środowiskach klinicznych, jak i akademickich – od długiego już czasu. Specjaliści z obszarów psychiatrii, psychologii klinicznej i interwencji kryzysowej stają przed dylematem: gdzie kończy się analiza ryzyka, a zaczyna stygmatyzacja? W dobie nasilającej się polaryzacji społecznej oraz wzmożonej medializacji aktów przemocy, refleksja nad etiologią i predyktorami zachowań agresywnych w kontekście zaburzeń psychicznych wymaga krytycznego podejścia, a także poszerzania perspektywy i odejścia od uproszczonych narracji.



## RYZIKO PRZEMOCY – POMIĘDZY MODELEM PSYCHIATRYCZNYM A SPOŁECZNO-KULTUROWYM

Dotychczasowa narracja badawcza na temat przemocy (w tym przemocy domowej) i zaburzeń psychicznych bywa spolaryzowana: z jednej strony model psychiatryczny, który identyfikuje określone jednostki chorobowe jako predyktory agresji (np. psychozy, borderline, zaburzenia osobowości typu dysocjalnego), z drugiej paradygmat społeczno-kulturowy, w którym zachowań przemocowych nie przypisuje się chorobie, lecz kontekstowi: ubóstwu, traumie, przemocy transgeneracyjnej czy brakowi dostępu do specjalistycznej opieki.

Współczesne podejścia integracyjne (np. model stresu-wrażliwości, teoria sieci objawów) sugerują konieczność odejścia od dychoomicznego myślenia i wskazują, że same objawy psychiatryczne rzadko są niezależnym czynnikiem sprawczym przemocy domowej. Przy tym należy podkreślić, że klasyczne podejścia psychiatryczne mają tendencję do patologizowania zachowań przemocowych jako objawów choroby, ignorując często czynniki interpersonalne, kontekst rodzinny i wpływ traumy rozwojowej. Przykładowo u osób z historią wykorzystywania emocjonalnego, dysregulacja afektywna może stanowić nie tyle objaw pierwotny choroby, co mechanizm przetrwania, który – w niekontrolowanych warunkach – może eskalować do zachowań agresywnych. Warto też zauważyć, że systemowe mechanizmy wsparcia często zawodzą tam, gdzie ryzyko wystąpienia przemocy domowej nie wpisuje się w ogólne kategorie „zagrożenia psychiatrycznego”.

### OSOBY Z DIAGNOZAMI PSYCHIATRYCZNYMI JAKO SPRAWCY KRZYWDZENIA

Badania kohortowe wykazują nieznacznie podwyższone ryzyko zachowań agresywnych wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii, ale tylko w kontekście współistniejących czynników: nadużywania substancji psychoaktywnych, wcześniejszych wyroków za popełnione wykroczenia czy braku leczenia farmakologicznego. Gdy kontroluje się zmienne zakłócające, sama obecność diagnozy zaburzenia psychicznego nie okazuje się istotnym predyktorem. Warto jednak odróżnić agresję instrumentalną od reaktywnej. W wielu przypadkach agresja osób z doświadczeniem psychotycznym jest konsekwencją urojeń prześladowczych lub halucynacji nakazujących, a nie zaplanowanym działaniem. Z kolei w zaburzeniach osobowości, np. borderline czy narcystycznym, impulsywność i deficyty integracji „ja” są czynnikami potencjalnie zwiększającymi ryzyko przemocy relacyjnej – zwłaszcza w związkach intymnych. Jednak i tutaj trzeba pamiętać, że wiele osób z tymi rozpoznaniem nie dopuszcza się zachowań przemocowych, a tego typu uogólnienia są formą wtórnej wiktymizacji.

### OSOBY DOŚWIADCZAJĄCE CZY STOSUJĄCE? AMBIWALENCJA ROLI W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Osoby z zaburzeniami psychicznymi są nie tylko potencjalnymi osobami stosującymi przemoc domową, ale przede wszystkim – osobami jej doświadczającymi. Warto dodać, że w polskich realiach in-

stytucjonalnych szczególnie problematyczne jest zjawisko tzw. przemocy opiekuńczej, która może przybierać formę nadmiernej kontroli, ignorowania zgłaszanych potrzeb i lekceważenia autonomii klienta. Przemoc psychiczna wobec osób z diagnozami psychiatrycznymi jest często bagatelizowana, a ich skargi uznawane za przejaw objawów choroby.

Kolejnym problemem jest tzw. **epistemiczna niesprawiedliwość** – sytuacja, w której **doświadczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi jest uznawane za mniej wiarygodne**, co osłabia skuteczność procedur ochronnych. Osoby z historią diagnozy psychiatrycznej napotykają na systemową barierę w zgłaszaniu przemocy domowej – szczególnie, gdy osobą stosującą przemoc jest osoba bez diagnozy. Taka strukturalna asymetria zwiększa ryzyko wtórnej wiktymizacji i prowadzi do chronicznej deprywacji bezpieczeństwa.

## STYGMATYZACJA, AUTOAGRESJA I WEWNĘTRZNA PRZEMOC

Stygmatyzacja nie kończy się na poziomie społecznego odbioru. Wiele osób z zaburzeniami psychicznymi internalizuje negatywne przekonania na swój temat, co skutkuje autoagresją, izolacją i obniżeniem zdolności do samoobrony. Przemoc może więc przybrać formę wewnętrznego rozszczepienia, braku zgody na siebie, samookaleczeń czy prób samobójczych. W tym ujęciu przemoc nie musi być tylko interpersonalna – może być także intrapsychiczna, zrodzona z wieloletniego doświadczenia wykluczenia i bezradności.

Co więcej, stygmatyzacja działa również na poziomie instytucjonalnym. Osoby z diagnozą rzadziej są obejmowane długoterminową pomocą psychoterapeutyczną, częściej doświadczają zinstytucjonalizowanej opieki skoncentrowanej na kontrolowaniu objawów, a nie na wsparciu relacyjnym czy rozwoju osobistym. Taki model wzmacnia zależność i ogranicza zdolność do samostanowienia, co samo w sobie stanowi czynnik ryzyka przemocy zarówno instytucjonalnej, jak i w bliskich relacjach.

### **RÓŻNICOWANIE PRZEMOCY OD OBJAWÓW PSYCHIATRYCZNYCH – WYZWANIA DIAGNOSTYCZNE I KLINICZNE**

W praktyce klinicznej kluczowym, a zarazem trudnym zadaniem jest rozróżnienie zachowań przemocowych od objawów zaburzeń psychicznych, zwłaszcza gdy występują one równocześnie. Zaburzenia psychiczne mogą manifestować się zachowaniami impulsywnymi, dezorganizacją czy afektywną niestabilnością, które nie zawsze mają charakter przemocowy, a raczej wynikają z wewnętrznego kryzysu klienta. Z drugiej strony, przemoc jako celowe, intencjonalne działanie skierowane wobec drugiej osoby wymaga od specjalistów umiejętności identyfikacji motywów, kontekstu i mechanizmów interpersonalnych, które leżą u podstaw agresji. Brak właściwego rozróżnienia może prowadzić do nieadekwatnych interwencji – nadmiernej patologizacji zachowań lub przeciwnie: ignorowania rzeczywistego zagrożenia.

Przykładowo reakcje agresywne wynikające z urojeń prześladowczych u osób z psychozą wymagają innego podejścia terapeutycznego.

tycznego niż przemoc domowa, czyli zachowania mające na celu wyrządzenie krzywdy, np. w związkach, gdzie występują zaburzenia osobowości.

Istotnym wsparciem w diagnostyce jest analiza dynamiki zachowań w czasie, obserwacja wzorców eskalacji agresji oraz uwzględnienie relacji interpersonalnych i kontekstu społecznego. Tego typu różnicowanie jest wyzwaniem także ze względu na to, że przemoc domowej często towarzyszą manipulacja i ukrywanie prawdziwych intencji, co komplikuje rzetelną ocenę. W efekcie, interdyscyplinarne podejście oraz rozwinięte kompetencje w zakresie rozumienia psychopatologii i mechanizmów przemocy domowej są niezbędne do skutecznej interwencji oraz ochrony zarówno potencjalnych osób doznających zachowań przemocowych, jak i osób z zaburzeniami psychicznymi. Przykładowo osoba z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej może reagować impulsywnie lub werbalnie agresywnie w odpowiedzi na treści urojeniowe (np. przekonanie, że osoba bliska ją prześladowa). Choć zachowanie może być gwałtowne, jego podłoże nie jest intencjonalne – wynika z dezintegracji poznawczej i nieadekwatnej oceny rzeczywistości. W takiej sytuacji najważniejsza będzie intensywna interwencja medyczna i stabilizacja stanu psychicznego, nie zaś sankcjonowanie prawne.

Z kolei osoba z zaburzeniem osobowości typu borderline, doświadczająca chronicznego napięcia i lęku przed porzuceniem, może stosować przemoc emocjonalną wobec partnera – manipulację, groźby samobójcze, kontrolowanie. W tym przypadku kluczowe jest uchwycenie wzorca celowości i powtarzalności zachowań oraz ich

wpływu na osobę partnerską w tej relacji. Mimo że działania te mogą być efektem zaburzonego przywiązania i labilności emocjonalnej, nie można ich całkowicie usprawiedliwiać objawami choroby – mają one realny charakter przemocowy.

Innym przykładem jest osoba z chorobą afektywną dwubiegunową, która w fazie manii może przejawiać nadmierną pewność siebie, impulsywność, a nawet fizycznie naruszać granice innych osób. W zależności od intensywności objawów i świadomości własnych działań można rozważać zarówno komponent chorobowy, jak i elementy odpowiedzialności za czyny.

Dlatego tak ważne jest, aby ocena zachowań przemocowych nie opierała się jedynie na obecności diagnozy psychiatrycznej. Konieczne jest uwzględnienie:

- świadomości i intencjonalności działania,
- powtarzalności i struktury zachowań agresywnych,
- reakcji na granice drugiego człowieka,
- gotowości do autorefleksji i zmiany,
- aktualnego stanu psychicznego (remisja vs. zaostrzenie).

Nieodzowne jest więc interdyscyplinarne podejście: psychiatra powinien ocenić stan kliniczny, pracownik socjalny – dynamikę relacji domowej, a psycholog – funkcjonowanie interpersonalne. Wspólna analiza może zapobiec uproszczeniom, takim jak błędne utożsamianie zaburzeń psychicznych z przemocą. To rozróżnienie nie tylko chroni potencjalne osoby doświadczające tych zachowań, ale i wzmacnia prawa osób z diagnozami – przeciwdziałając ich wtórnej stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.



## DYLEMATY ETYCZNE I PRAKTYCZNE: POMIĘDZY OCHRONĄ A KONTROLĄ

Specjaliści działający w systemie przeciwdziałania przemocy domowej często stają przed wyzwaniem: jak skutecznie chronić osoby zagrożone, nie naruszając jednocześnie godności i autonomii osób, które funkcjonują z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego. W praktyce to subtelne zmiany – w zachowaniu, w dynamice relacji rodzinnych, w komunikacji – powinny być postrzegane jako sygnały ostrzegawcze. Pracownicy socjalni, pedagodzy, kuratorzy i psychologowie muszą często podejmować decyzje o interwencji, bazując na niepełnych danych, przeczuciu lub doświadczeniu zawodowym. To rodzi dylematy etyczne: gdzie kończy się pomoc, a zaczyna nadzór? Jak postępować w sytuacjach, gdy intuicja podpowiada możliwość eskalacji przemocy, ale brak twardych dowodów? Pomocna może być tu regularna superwizja międzysektorowa – platforma wymiany wiedzy i doświadczeń między przedstawicielami różnych profesji: psychiatrii, psychologii, prawa, pomocy społecznej. Taka współpraca nie tylko zwiększa trafność podejmowanych decyzji, ale też zmniejsza obciążenie emocjonalne specjalistów i redukuje ryzyko wypalenia zawodowego. Kluczowe jest budowanie wspólnego języka i wzajemne zrozumienie, by uniknąć uproszczonych osądów oraz skutecznie chronić osoby narażone na przemoc domową – niezależnie od ich funkcjonowania zdrowotnego.

Co ważne, skuteczną interwencję dodatkowo utrudniają liczne stereotypy i uprzedzenia. Powszechny mit, że „osoby z diagnozą psychiatryczną są z natury agresywne i niebezpieczne”, prowadzi do nad-

miernej kontroli, ograniczania autonomii i nierzadko błędnego kierowania interwencji, co paradoksalnie może nasilać przemoc.

Aby skutecznie przeciwdziałać przemocy (w tym domowej), specjaliści powinni:

- **przełamywać stereotypy i mity** – świadomie identyfikować i korygować błędne przekonania w zespole interdyscyplinarnym, na przykład poprzez regularne szkolenia antystygmatyzacyjne, które pokazują, że większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie dopuszcza się przemocy, a ryzyko jest uwarunkowane przez kontekst i współistniejące czynniki (np. używanie substancji, brak wsparcia społecznego);

- **dostosowywać procedury oceny ryzyka do specyfiki klinicznej i społecznej** – używać narzędzi oceny ryzyka przemocy z uwzględnieniem indywidualnej historii klienta, jego dynamiki emocjonalnej oraz aktualnego funkcjonowania, unikając uproszczeń i generalizacji. Warto wdrażać uzupełniające narzędzia jakościowe, takie jak wywiady motywacyjne i monitoring zmian zachowań w środowisku domowym;

- **wzmacniać współpracę interdyscyplinarną i wymianę informacji** – tworzyć mechanizmy regularnej superwizji i konsultacji pomiędzy psychiatrami, psychologami, pracownikami socjalnymi, policją i organizacjami pozarządowymi, by wypracowywać spójną strategię działań, uwzględniającą specyfikę zaburzeń psychicznych i realia przemocy domowej;

- **stosować podejście oparte na traumie i szacunku dla autonomii** – uwzględniać wpływ wcześniejszych doświadczeń traumatycznych i wielokrotnej wiktymizacji na zachowania osób z diagnozą,

koncentrując się na wzmacnianiu ich kompetencji radzenia sobie i samoobrony, a nie tylko kontroli objawów;

- **przeciwdziałać epistemicznej niesprawiedliwości** – zapewnić rzetelne wysłuchanie i uwzględnianie relacji osób z zaburzeniami psychicznymi w procesach diagnostycznych i interwencyjnych, unikając dyskredytacji ich doświadczeń jako „objawów choroby”;
- **wdrażać elastyczne protokoły interwencji kryzysowej** – uwzględniać możliwość stosowania metod deeskalacji oraz interwencji o niskim stopniu kontroli, które minimalizują ryzyko zaostrzenia konfliktu i przemocy domowej.

Praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi wymaga zatem nie tylko wysokich kompetencji klinicznych, lecz także umiejętności zarządzania stereotypami i napięciami etycznymi. Dopiero świadome, kompleksowe podejście pozwala na skuteczną ochronę przed przemocą domową oraz przeciwdziałanie wtórnej wiktymizacji.

## ODPOWIEDZIALNE PODEJŚCIE

Zaburzenia psychiczne nie są jedynym ani nawet dominującym predyktorem przemocy domowej. Ich obecność może zwiększać ryzyko tylko w kontekście określonych czynników towarzyszących: traumy, uzależnień, braku wsparcia, przemocy transgeneracyjnej etc. Narracje psychiatryczne, które bezrefleksyjnie wiążą diagnozę z niebezpieczeństwem, prowadzą do stygmatyzacji i wtórnej wiktymizacji. Tymczasem odpowiedzialne podejście wymaga wrażliwości na kontekst, relacje, historię życia oraz indywidualne zasoby klienta.

W przyszłości niezbędne są wielośrodkowe badania nad rzeczywistym ryzykiem stosowania lub doświadczania przemocy domowej wśród osób z diagnozami, rozwój narzędzi oceny dopasowanych do kontekstu domowego oraz edukacja specjalistów w zakresie różnicowania zachowań przemocowych od objawów psychiatrycznych. Dopiero takie podejście może zapewnić skuteczne i etyczne reagowanie, bez naruszania godności i praw osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych.

### BIBLIOGRAFIA

- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*.
- Kalisz, A. (2019). Narzędzia oceny ryzyka przemocy w praktyce psychiatrycznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*.
- Szymanowska, J. (2022). Przemoc wobec osób z diagnozami psychiatrycznymi – dylematy systemowe i etyczne. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*.
- Whiting, D., Litchfield, S., Fazel, S. (2021). A meta-review of risk factors for violence in psychosis. *The Lancet Psychiatry*.

---

### MICHAŁ GLUZEK

– doktor nauk społecznych, certyfikowany superwizor pracy socjalnej, specjalista ds. przeciwdziałania przemocy domowej, certyfikowany trener programów profilaktycznych, rekomendowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki (Unplugged oraz Debata).



# NIELECZONE PROBLEMY PSYCHICZNE RODZICÓW

Długoterminowe skutki  
dla dzieci i droga do zdrowienia

W gabinetach terapeutycznych można usłyszeć wiele historii o zaniedbaniach i przemocy domowej. Nie w każdej takiej opowieści będą widoczne problemy psychiczne rodziców czy innych osób, które krzywdziły naszych obecnych pacjentów. W niektórych łatwo można jednak usłyszeć echa kryzysów, braku odpowiedniego wsparcia i nieleczonej choroby opiekuna, który zmagając się ze swoim cierpieniem i brakiem odpowiedniej wiedzy, dotkliwie ranił najbliższych.

**ARLETA BALCEREK**

**Z**drowie psychiczne rodziców ma głęboki i wielowymiarowy wpływ na rozwój dzieci. Gdy pojawiają się w tym zakresie problemy, zwiększa się ryzyko wystąpienia przemocy domowej, zaniedbań i wielu innych negatywnych konsekwencji. A im wcześniejszy etap rozwoju, tym wszelkie zachowania, samopoczucie, sposób wyrażania emocji, ale też samoregulacja czy kontrola impulsów, odgrywają istotniejszą rolę w kształtowaniu się psychiki potomstwa.

Warto mieć na uwadze fakt, że jeszcze 20-30 lat temu rozumienie zaburzeń i problemów psychicznych było nieco inne, dostęp do odpowiednich specjalistów bardzo ograniczony, a osoby z diagnozą



były stygmatyzowane i często też alienowane przez społeczność. Wiele osób cierpiących z powodu problemów psychicznych jeszcze do niedawna nie miało zbyt wielu możliwości uzyskania adekwatnej pomocy. Kolejną ważną sprawą jest kwestia badań dotyczących wpływu zdrowia psychicznego rodziców na ich dzieci. Z powodu uwarunkowań kulturowych i wpływu różnych koncepcji związanych z rolami rodzicielskimi, badacze w dużej mierze koncentrowali się na sprawdzaniu wpływu, jaki na rozwój dziecka ma zdrowie psychiczne matki, marginalizując lub zupełnie ignorując rolę, jaką odgrywa ojciec. Stąd też najwięcej danych z badań w powyższych kwestiach dotyczy wpływu depresji, zaburzeń lękowych i innych problemów ze zdrowiem psychofizycznym, które były identyfikowane właśnie u matek.

## DEPRESJA

Depresja jest chorobą całego ciała. Nieleczona może mieć dramatyczne skutki nie tylko dla osoby na nią cierpiącej, ale także dla jej najbliższych. Jeszcze do niedawna wiele osób zmagających się z depresją nie otrzymywało odpowiedniej pomocy, a tym samym objawy choroby nie były nazywane i rozumiane przez otoczenie w adekwatny sposób. Trzeba bowiem pamiętać, że osoby w epizodzie depresyjnym, z uwagi na spowolnienie psychomotoryczne, zaburzenia funkcji poznawczych, zniekształcenia w obrazie świata i samych siebie, mogą być czasowo niezdolne do samodzielnego pełnienia funkcji opiekuńczych i potrzebują wsparcia. Jak możemy się domyślać, brak odpowiedniej reakcji ze strony otoczenia może mieć wiele poważnych skutków, które mogą dotknąć także dzieci. Poniższa historia obrazuje taką sytuację.

Jak się czuje dziecko, które stoi pod przedszkolem z nerwowo przebiegającą nogami nauczycielką? Czas odbioru dzieci już dawno minął i inne maluchy są już w domu ze swoimi rodzicami. Tylko on jeden po raz kolejny czeka z przerażeniem, kiedy ktoś po niego przyjdzie. I nie ma pewności, czy tym razem na pewno tak będzie... Opowieść dorosłej już osoby o tym, że matka regularnie nie przychodziła odebrać jej z przedszkola jest przytłaczająca. Strach, przerażenie i tęsknota wyzierają z każdego słowa. Jak to możliwe, że matka zapomniała o odebraniu swojego dziecka, mimo że robi to praktycznie codziennie? Jan doskonale pamiętał, jak mama tłumaczyła się za każdym razem nauczycielce i ze łzami w oczach obiecywała mu, że już nigdy nie będzie musiał tak długo czekać. A za kilka dni znów działo się to samo. Chciał pomóc mamie, która często płakała przez długie godziny, nie miała siły wstać z łóżka. Pamięta ojca, który krzyczał na nią, że jest leniwa i żeby się wreszcie ogarnęła, bo dom zarasta brudem. Pamięta mamę, która nie myła się przez kilka dni i ciągle chodziła w szlafroku. W jego wspomnieniach często pojawia się głód (mama zapomniała przygotowywać mu jedzenie) i to, że czasem całymi godzinami siedział sam w pokoju, czekając, aż ona poczuje się lepiej. Nieraz chodził brudny i nieprzygotowany do przedszkola, a później do szkoły. Ojciec wyjeżdżał za granicę do pracy, a on siedział w domu z mamą i bał się, że mogłaby zrobić sobie krzywdę. Mama czasem mówiła mu, że nie chce jej się żyć i z kimś innym będzie mu na pewno lepiej, bo ona jest złą matką. Później zwykle długo płakała, a on nie był w stanie jej pocieszyć.

Zdrowie mamy poprawiło się dopiero po wielu latach, kiedy Jan był już w szkole średniej. Trafiła na dobrego lekarza i została zdiagno-

zowana – nawracająca depresja i zaburzenia lękowe. Poddana się leczeniu, a jej stan uległ znaczącej poprawie. Z Janem jednak zostały lęki o zdrowie i paniczny lęk, że komuś z jego bliskich coś się stanie. Od kiedy wyprowadził się z domu, zawsze ma włączony telefon, codziennie dzwoni do swojej rodziny i pilnuje, aby mama i tata byli pod dobrą opieką lekarską. Nieustannie obawia się, że coś im się stanie, a on nie będzie mógł ich uratować. Bardzo boi się również być sam, a jeszcze bardziej – porzucenia. Poza pracą i zamartwianiem się o rodzinę praktycznie nie ma swojego życia. Nocami śni mu się, jak stoi sam przed przedszkolem, ale nikt po niego nie przychodzi. Jan przez długi czas szukał dla siebie pomocy, był pewien, że jest ciężko chory. Jego objawy okazały się lękiem uogólnionym i cechami osobowości lękowej.

## ZABURZENIA LĘKOWE

Czy lęki rodziców mogą wpłynąć na życie dzieci? To zależy. I to od bardzo wielu czynników. Jeśli objawy lękowe są nasilone, a cierpiąca osoba nie jest zaopiekowana w odpowiedni sposób, może to znacząco oddziaływać na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Dorosły nieintencjonalnie może oczekiwać, że dziecko go ukoi i będzie wsparciem. Wtedy w systemie dochodzi do zaburzenia ról – to dziecko staje się rodzicem i przejmuje na siebie odpowiedzialność (zjawisko parentyfikacji). Czasami takie sytuacje przeradzają się w skrajne ograniczanie swobody dziecka.

Przykładem może być historia Kasi, której mama, od kiedy pamięta, bała się sama wychodzić z domu. Zawsze potrzebowała asysty innych osób, żeby pójść do sklepu, urzędu czy kościoła. Wszyscy

w rodzinie wiedzieli, że ona tak po prostu ma. Trzeba być z nią w drodze, a już na miejscu świetnie sobie poradzi i wszystko pozafatwia.

Może się wydawać, że taki stan rodzica nie ogranicza zaspokajania potrzeb dziecka. Jednak Kasia wspomina o sytuacjach, kiedy np. czuła się źle, potrzebowała pomocy lekarza, ale musiały czekać na powrót taty, bo mama nie byłaby w stanie iść sama z chorym dzieckiem do przychodni. Albo kiedy popołudniami mama nie pozwalała jej – już wtedy nastolatce – spotykać się z rówieśnikami pod blokiem, bo bała się zostać sama w domu. Albo kiedy Kasia słyszała opowieści o tym, że kiedy mama zostanie sama na ulicy, to na pewno będzie miała zawał i umrze, bo nikt jej wtedy nie pomoże. Dlatego, wypełniając rolę córki, powinna się bardziej interesować mamą i być przy niej, żeby ta dorosła kobieta była bezpieczna.

Wraz z wiekiem i narastaniem u mamy kolejnych lęków, dziewczyna słyszała coraz więcej o tym, że nikomu nie można ufać, ludzie nie są pomocni, a ona sama powinna się mieć ciągle na baczności. Z ulgą przeniosła się na studia do innego miasta, gdzie wreszcie mogła zająć się swoim życiem.

W dorosłym życiu Kasia boryka się jednak z wieloma problemami, które wpływają na całe jej funkcjonowanie. W trakcie szukania pomocy dowiedziała się, że ma cechy osobowości zależnej i lękowej, dwukrotnie była w depresji. Na co dzień doświadcza trudności w relacjach, ma niską samoocenę i nie wierzy w siebie. Czasami zastanawia się, jak wyglądałyby jej relacje, gdyby mogła po prostu zajmować się dziecięcymi sprawami, a nie być opiekunką dla osoby z nieleczonymi zaburzeniami lękowymi. Kasia ma duży żal do mamy, ale też nie potrafi się na tyle usamodzielnąć, żeby przestać być rodzicem swojego rodzica.

## OBJAWY PSYCHOTYCZNE

Wbrew popularnym w filmach czy książkach wyobrażeniom, osoby w epizodzie psychiatrycznym zwykle nie stanowią zagrożenia dla innych. Jednak pogłębiająca się degradacja umysłu, do której dochodzi na skutek kolejnych fal choroby, może być źródłem rozpadu relacji z bliskimi i nieintencjonalnych zaniedbań. Aktualnie wiemy coraz więcej na temat samych mechanizmów powstawania zaburzeń z tej grupy, a także mamy skuteczne strategie leczenia chorych. Niestety, jeszcze do niedawna sytuacja osób cierpiących na zaburzenia psychiatryczne, w tym schizofrenię, była ciężka, a uzyskanie odpowiedniego wsparcia bardzo trudne. Niekiedy możemy poznać historię dzieci, które wychowywały się w domach z opiekunem zachowującym się na tyle dziwnie i przerażająco, że możemy podejrzewać, że taka osoba doświadczała objawów psychiatrycznych.

Historia Kamili jest jedną z nich. Od dziecka wiedziała, że z tatą czasem dzieje się coś dziwnego. Na początku było dość spokojnie, najpierw zaczynał się izolować od bliskich, częściej chodził do kościoła i coś mamrotał pod nosem. W ciągu dni, a czasem tygodni widać było, jak zmienia się jego zachowanie. Zaczynał być coraz mniej przewidywalny. Czasem budził ich wszystkich w nocy i przerażony kazał szybko zbiegać do piwnicy, żeby uchronić ich przed zbliżającym się niebezpieczeństwem. Kiedy mama albo któreś z dzieci protestowało, ojciec siłą sprowadzał ich do „bezpiecznej” kryjówki. W najgorszych momentach odprawiał na nich egzorcyzmy, nie pozwalał im całymi dniami nic jeść, kazał się razem z nim modlić, był bardzo nerwowy i przestraszony. Czasami stwierdzał, że jest w nich

dużo zła i musi je wypędzić siłą. Wtedy bił ich albo szarpał i nakazywał wyrzekać się złych mocy. Żadne tłumaczenia, błagania ani płacz nie pomagały. Matka prosiła o wsparcie sąsiadów i rodzinę. Czasem ktoś przychodził, aby pomóc. W domu panował ciągły niepokój i strach, czy ojciec znów będzie słyszał te dziwne rzeczy, o których czasami opowiadał. Koszmar rodziny skończył się, kiedy ojciec zginął tragicznie w wypadku drogowym.

Z Kamilą pozostały żal, przerażenie i flashbacki. Po latach dowiedziała się, że cierpi z powodu traumy, ma zdiagnozowane cPTSD i zaburzenia odżywiania. Od lat stara się stanąć na nogi, ale wciąż ciężko jej zaufać, że ludzie w jej otoczeniu mogą być pomocni i wspierający. Najtrudniej jest jej poczuć się kochaną i bezpieczną w swoim otoczeniu.

## SPEKTRUM AUTYZMU

Powszechnym stereotypem dotyczącym spektrum autyzmu jest wyobrażenie kogoś, kto siedzi sam, do nikogo się nie odzywa, patrzy w podłogę i nie radzi sobie w życiu. Gdzieś umykają w tym obrazie osoby, które świetnie dają sobie radę społecznie, zakładają rodziny, mają dzieci i spełniają się w wielu życiowych rolach. Co więcej, zwykle osoby w spektrum są dobrymi rodzicami, starającymi się zapewnić swoim dzieciom jak najlepszą przyszłość. Jednak, podobnie jak w przypadku innych niezdiagnozowanych czy nieleczonych problemów psychicznych, niezrozumiane lub niewspierane trudności mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie rodziny. Przykładem może być poniższa historia.



Rodzina Marysi na pierwszy rzut oka wydawała się idealna. Matka zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci, tato pracował w dużym urzędzie, gdzie zajmował wysokie stanowisko. Rodzice do wszystkiego doszli sami, ludzie wokół zazdrościli im sukcesu i wspaniałego życia. Ale w rzeczywistości życie dzieci nie wyglądało wcale tak pięknie. Marysia z bratem musieli zawsze mieć idealny porządek w swoich pokojach. Tata nie pozwalał niczego przestawiać ani wchodzić do dużego pokoju, w którym meble przykryte były folią. Nikt nie mógł robić w domu rzeczy niezgodnych z regułami, jakie były przez niego ustalone. Mama musiała przygotowywać posiłki bardzo precyzyjnie, żeby tata się na nią nie złościł. Marysia pamięta, że nieraz wpadał w furję i wrzeszczał na nią, bo za głośno jadła. Kazał jej wynosić się do pokoju, bo takie dźwięki doprowadzały go do szału. Nikt w domu nie mógł używać perfum ani innych pachnących rzeczy, bo to było powodem awantur i wyrzucania przez ojca rzeczy, czasem nawet przez otwarte okno. Ojciec nie pozwalał zapraszać nikogo do domu, sam też, poza pracą, nie miał znajomych.

Kontrolował każdy aspekt życia swojej rodziny i wprowadzał bardzo sztywne zasady. Nikt nie miał prawa mu się sprzeciwiać, bo ojciec w złości wyzywał, wrzeszczał, poniżał i odbierał kolejne drobne przywileje. Nigdy nie chciał się bawić z dziećmi ani ich przytulać. Uwielbiał za to godzinami opowiadać o księgowości i kolejnych sprawach, które udało mu się rozwiązać. Dzieci musiały siedzieć i słuchać tych wykładów, a on nigdy nie pytał, co u nich – sprawdzał tylko oceny i obecności w szkole.

Marysia w konsekwencji życia w takim domu zмага się z szeregiem problemów psychicznych. Poddała się w dorosłości diagno-

zie i, jak się okazało, jest w spektrum autyzmu. Kiedy dowiedziała się więcej na ten temat, doszła do wniosku, że zachowanie jej taty też mogło być związane z niezdiagnozowanym ASD oraz wynikającymi z tego kolejnymi problemami.

Oprócz objawów ASD, cierpi również z powodu cPTSD, które objawia się m.in. zaburzeniami snu, problemami z nawiązywaniem relacji z innymi, samoregulacją i nawracającymi silnymi objawami lękowymi, w tym agorafobią z atakami paniki.

### KONSEKWENCJE NA CAŁE ŻYCIE

Powyższe przykłady obrazują, jakich sytuacji mogą doświadczać dzieci, których rodzice zmagali się z poważnymi problemami natury psychicznej (a z różnych przyczyn nie chcieli i nie mogli skorzystać z adekwatnej pomocy). Tragedia tych doświadczeń jest tym większa, że w wielu przypadkach do zaniedbań i przemocy domowej nigdy by nie doszło, gdyby osoby cierpiące otrzymały odpowiednią pomoc ze strony otoczenia.

Dorośle już dzieci takich rodziców, kiedy leczą swoje rany, potrzebują zrozumieć, co się działo w ich domach – dlaczego były traktowane w tak okrutny sposób. Opisanie i zrozumienie krzywdzących zachowań rodziców bywa kojące i pomaga poradzić sobie z krytycznymi, oskarżycielskimi przekonaniami i myślami na swój temat. Dorosły człowiek może spojrzeć na siebie oraz na rodzica, jak na osoby potrzebujące pomocy i specjalistycznego wsparcia. Nie musi to oznaczać wybaczenia lub odbudowania relacji, ale może być ważnym elementem wzbudzania w sobie samowspółczucia i pozbycia się odpo-

wiedzialności za chaotyczne i nieadekwatne zachowania opiekunów. Nieraz zdejmuje to duży ciężar i jest początkiem budowania własnej autonomii, bez poczucia winy.

Dzieci postrzegają świat z perspektywy, która nakazuje im brać na siebie odpowiedzialność za niewłaściwe i krzywdzące zachowania opiekunów. Postawione w takich sytuacjach uczą się, że to one muszą być dorosłe, opiekować się, dawać sobie ze wszystkim radę i – co ważne – że muszą zrobić wszystko, żeby mamie czy tacie się poprawiło. Pracując nad konsekwencjami doświadczeń nadużyć, przemocy domowej i zaniedbań, przede wszystkim starajmy się zdjąć odpowiedzialność i poczucie winy z osoby, która doznawała krzywdzenia. Zrozumienie przyczyn zachowań rodziców może być dobrym początkiem drogi do zbudowania wewnętrznej równowagi dla skrzywdzonych w dzieciństwie dorosłych. ■



**ARLETA BALCEREK**

– psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka CBT, prowadzi szkolenia, przygotowuje warsztaty i pomaga rodzicom w rozwijaniu kompetencji wychowawczych, pracuje w Centrum Terapii Schematu InTeGrał, Warszawa.

# OSACZENIE



Może powiecie, że to nie jest opowieść  
o „prawdziwej” przemocy domowej.  
Nikt nikogo nie bił, nie było siniaków.  
Kłótnie? A które małżeństwo się nie kłóci...  
Presja? Presja to znak czasów. Depresja?  
Wymówka dla leniwych. „To nie jest historia  
przemocy” – a może jednak?

**ANNA MARIA NOWAKOWSKA**

## MATKA

Niedawno poznała nowe słowo – wyszukała w internecie. Wpisała w wyszukiwarce: „cały czas mam w głowie straszne wspomnienia”. Internet odpowiedział: „Negatywne *wspomnienia* traumy występują u ludzi pod postacią tzw. flashbacków. To zjawisko typowe dla zespołu stresu pourazowego”.

*Flashback*. A więc tak się to nazywa. Słowo trochę lepkie, ale twarde jak śniegowa kula, w środku której tkwi kamień. Po polsku po prostu *wspomnienie*. „Tak niewinnie brzmi, dopóki cię nie dotknie” – mówi Krystyna. Pamięta siebie krzyczącą i wie, że krzyczały wtedy wszystkie komórki jej ciała, bo gardło i usta nie są w stanie same wydobyć takiego dźwięku. Chciałaby móc tak krzyczeć za każdym razem, gdy wracają tamte obrazy, tamte dźwięki, twardość czystej, zimnej posadzki (z której musieli ją podnieść siłą i oderwać od ciała jej



syna). Bo zanim... Bo przed tym wszystkim posprzątał cały dom, umył podłogi, wyniósł śmieci. Zawsze dbał o porządek, nienawidził brudu, bałaganu. Otwarta, spakowana na wyjazd torba, na stole dokumenty, portfel, wydrukowany bilet na prom.

Ludzie szybko zdeptali tę lśniąca posadzkę – policja, prokurator, rodzina; wszyscy się zjechali, zbiegli się sąsiedzi. A Krystyna leżała przy swoim dziecku i chciała umrzeć, ale nie umiała.

## ŻONA

Najpierw było poczucie nierzeczywistości, a zaraz po nim przyszła fala gniewu. Jak on mógł! Egoista. Zawsze był egoistą, skupionym na sobie i swoich bolączkach. Dla Inki depresja była, jest i będzie brednią. Wyśmiewką stworzoną przez psychologów tylko po to, żeby nieudacznikom życiowym oraz patentowanym leniom usprawiedliwić ucieczkę od odpowiedzialności i obowiązków. Nikt jej nie przekona, że to prawdziwa choroba. Prawdziwa choroba to rak albo udar, albo jak komuś utnie nogę. Dlatego nie pozwoliła mu starać się o rentę. „Zdrowy, młody, silny chłop – krzyczała – wstydź się i zacznij wreszcie być normalny!” A on kurczył się, garbił i kiwał głową. Wstydził się i bardzo chciał być normalny. Ale nie potrafił. Patrzyła na zawodzącą teściową i czuła obrzydzenie. Takie samo, jakie przez kilka ostatnich lat czuła do Marka.

Załatwiła mu dobrą pracę. Załatwiła mu wyjazdy na zagraniczną budowę. I co? Zawsze złościła ją słabość. „Życie to walka” – mówi. I walczy. O coś albo z kimś. „Twarda jest” – mówią o Ince. Z biedy wyszła i od życia chce więcej, o wiele więcej niż w dzieciństwie miała w tych barakach po Pegeerze.



## SĄSIADKA DOBRZE ZORIENTOWANA

„U nas chłop, jak chce coś w życiu osiągnąć, to zasuwa. Jak zasuwa, to ma. A jak się komuś nie chce i nie po drodze mu z robotą, to wiadomo. Nie nadaży. Taka prawda. Bo tu każdy na każdego patrzy, żeby nie być gorszym. Kostkę sąsiad położył, to i drugi musi mieć. I dawaj brać kredyty, bo trawa i błoto w obejściu, to już wielki wstyd.

Ogrodzenie? Brama otwierana na pilota? Proszę bardzo, ale to są koszty. Jeden na drugiego patrzy i zwykłego płotu nie postawi, bo go wytkną, że dziadostwo. Przy płocie zaraz muszą być tuje albo jakieś inne drzewka, zawsze zielone. Sto, dwieście, dookoła całego podwórka. Co ktoś jeden wyduma, to reszta zaraz chce zrobić tak samo. Na bogato. To wiadomo, trzeba na to zarobić. A dzieci? Masz trójkę, to na nie pracuj, a nie po psychiatrykach się chowaj. Czy tak powinno być? Nie wiem. Po prostu tak jest, takie życie”.

## KOLEGA Z PRACY

„Twardym trzeba być. A jak się robi kiepsko, to lufę strzelić i już człowiekowi lepiej. Marek nie pił, proszki jakieś brał garściami i nigdy nie poszedł z nami na piwo, tylko zamykał się w przyczepce, odpalał laptopa i tak godzinami siedział. Nie wiem, co robił. Może grał, może oglądał filmy. My mieszkamy po dwóch w pokoju, on zawsze chciał sam. Więc zajmował taką starą przyczepę kempingową na placu budowy, nawet zimą. Pewnie, że próbowaliśmy go jakoś rozruszać, ale tylko się uśmiechał i grzecznie odmawiał. On tu nie pasował – ani wypił,

ani zaklął. Grzeczny, miły i milczący. Rozgryźć się go nie dało. Zrobił, co zrobił. Co tu komentować”.

## ZAGUBIONY W ŻYCIU

Marek, lat 39, troje dzieci, dom 300 metrów kwadratowych, kredyt na 30 lat. Zdolny, wrażliwy, kiedyś pisał wiersze. Najmłodszy z rodzeństwa, synuś mamusi, jej oczko w głowie. Miał studiować, ale nie mógł zdecydować co, więc zaczął pracować w rodzinnym przedsiębiorstwie. A później żona, zaraz dzieci, budowa domu. Jak u wszystkich. Wtedy rodzinna firma zbankrutowała. Zachwiały się fundamenty tego, co się nazywa „normalnym życiem”. I pojawiły się demony.

To, co było przyczajone, wydostało się i stało się groźne: lęk. Zrobiło się za trudno, za bardzo pod górę. Zabrakło codziennej rutyny praca-dom. Otworzył się wrogi świat, w którym Marek nigdy nie czuł się bezpiecznie. Tam, gdzie inni widzieli możliwości, on dostrzegał zagrożenie i chaos. Zrobił się „dziwny”, wycofany i milczący.

Zdarzało się, że nocą pukał w okno Krystyny. Mieszkali niedaleko od siebie, raptem 10 kilometrów. Otwierała mu drzwi, robiła kawę (lubił kawę z miodem), przytuliła, wysłuchiwała. „Mamuś, jak jechałem, to drzewa do mnie wołały. Z całej siły trzymałem kierownicę, żeby nie skrócić. Mamuś, ja się boję, że kiedyś nie dojadę” – mówił. W sprawy małżeńskie Krystyna nie chciała się mieszać. „Wybrałeś, synuś” – powtarzała. „Małżeństwo i dzieci to twój największy skarb. Szanuj to”.

„Nie rozumiałam jego choroby” – przyznaje dzisiaj. „Ja też wywierałam presję, myśląc, że go pocieszam i motywuję. Czy mogłam go uratować?”.

„Tak mnie w środku wszystko boli” – skarżył się Marek, a żona wysyłała go na badania. Badania wychodziły świetnie, zdrowy facet. Lekarz rodzinny napisał w nawiasie „bóle hipochondryczne” ze znakiem zapytania i wysłał go do psychiatry. Może gdyby poszedł od razu, nie czekał przez kolejne dwa lata. Ale Inka go wyśmiała: „Jaki psychiatra, co ty wymyślasz, normalny, zdrowy chłop, bierz się do roboty!”.

W małomiasteczkowym środowisku psychiatra to wciąż wstyd i tajemnica. Nikt nie chce takiego piętna, że ma „psychola” w rodzinie. Więc dopóki się da, należy unikać psychiatry. Zamiast tego Krystyna znalazła w sieci naturoterapeutę, który leczy depresję na odległość. Ze zdjęcia. Wysłała fotografię syna i opłaciła 10 „zdalnych sesji”. Nie pomogło.

Marek leczył się sam. Łykał coraz więcej tabletek przeciwbólowych, ale przecież zwykłe tabletki nie uśmierzą lęku i bólu istnienia. Było coraz gorzej. Głos w jego głowie perorował o wyższości śmierci nad życiem: *Zostaw to wszystko, i tak nie dasz rady.*

Pojawiły się wezwania do zapłaty. Krystyna pomagała. Inka robiła awantury. Marek jechał na kolejną budowę „zakasać rękawy”. A drzewa do niego wołały. I ten głos w głowie, powtarzający: *Nie dasz rady.* Do szpitala trafił prosto z pracy, w brudnych roboczych ciuchach. Został tam przez miesiąc, wyszedł z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej, lekami i zaleceniem spokojnego trybu życia, unikania stresu i dbania o siebie.

Tymczasem na zewnątrz czekały długi, potrzeby do spełnienia i pędzący czas. Inka miała własną diagnozę: „Leń, hipochondryk i lekoman”. I własną terapię: „Teraz pojedziesz na zagraniczną budowę,

masz dzieci i dom na utrzymaniu”. Zabrała mu przepisane leki. „Jesteś po nich jak żywy trup, nie będziesz brał tej trucizny”.

## ROZPAMIĘTYWANIE, TYSIĄCE PYTAŃ

Krystyna stara się, jak może, nie obwiniać synowej. Ze względu na wnuki, które kocha nad życie. „Oczy mają takie jak ich tata, szare, smutne. Już zawsze będą smutne” – myśli. *„Babciu, tata się zabił. Dziecko, które musiało coś takiego powiedzieć przez telefon, mój Boże, czy ono odzyska kiedyś równowagę”* – zastanawia się Krystyna. Siostra Marka wykrzyczała Ince prosto w twarz: „Zamordowałaś go, ty pazerna krowo”, ale po tym incydencie Krystyna zbroniła komukolwiek poruszać ten temat. Więc o tym nie rozmawiają, żeby nie wzbudzać niepotrzebnych emocji.

Nikt nie rozumiał tej choroby, nikt nie wiedział, jak bardzo Marek cierpi i na czym to cierpienie polega. „Śnił mi się tata” – powiedział niedawno najmłodszy synek Marka: „Mówił, że już go tam w środku nie boli”. Poza tym jednym razem żadne z dzieci nie mówi o tacie, jakby nigdy nie istniał. A przecież to one pierwsze wbiegły do domu. To one go znalazły. „Może jeszcze nie czas” – zastanawia się Krystyna. Jej życie składa się teraz z flashbacków, łez i gdybania.

Czy mogła uratować syna? Może gdyby wiedziała więcej o tej chorobie. Może gdyby uważniej słuchała. Może gdyby jednak wtrącała się w „sprawy małżeńskie”. W którym miejscu Marek minął punkt bez powrotu? Gdy zaczął szukać ratunku w internetowym hazardzie? Nikomu nie powiedział. Czy wtedy, gdy postanowił skorzystać z szybkich pożyczek, łatwych do wzięcia, trudnych do spłacenia? Może gdyby

nadal brał leki i myślał trzeźwo, znalazłby inne wyjście, nie ostateczne. Albo gdyby Inka go nie wypychała do tej Anglii. On musiał czuć na szyi tę pętlę na długo, zanim naprawdę ją sobie założył. Cała ta presja, to dręczące „musisz to mieć”, z każdej strony ktoś pogania, ocenia, oczekuje. Więcej, szybciej, dalej. To zabija. ■

---

#### ANNA MARIA NOWAKOWSKA

– terapeutka i pisarka, autorka książki „Przeklęte” (2002) o molestowaniu seksualnym dziewczynek oraz trzech części cyklu o „Dziuni” – „Dziunia”, „Dziunia na uniwersytetach”, „Wymarzony dom Dziuni” (Wydawnictwo W.A.B.).

# ATLAS EMOCJI W PRZEMOCY DOMOWEJ

Jak nawigować  
po trudnym terenie?





Bez mapy, w nowym terenie człowiek łatwo się gubi, wchodzi w strefy ryzyka, a wtedy cały wysiłek, zamiast w bezpieczne dojście do celu, idzie w kompensowanie błędów. Po jaką zatem mapę warto sięgnąć, pracując z osobami doświadczającymi przemocy domowej?

**AGNIESZKA MACHNOWSKA**

**K**iedy ruszamy w nieznane nam góry, mapa nie jest tylko ozdobą. To narzędzie nawigacyjne, które wyznacza szlaki, punkty orientacyjne i miejsca, gdzie łatwo spaść z urwiska. Trzymamy ją pod ręką, żeby iść bezpiecznie i dojść tam, gdzie chcemy. Dobra mapa:

- **pokazuje rzeźbę terenu** – widzimy, gdzie będzie stromo i ciężko, a gdzie łagodniej i szybciej;
- **oznacza szlaki i warianty** – podstawowe trasy, obejścia, ścieżki awaryjne, miejsca na odpoczynek;
- **wskazuje punkty orientacyjne** – przełęcze, mostki, potoki, dzięki którym wiemy, że wciąż jesteśmy „na azymucie”;
- **wyznacza strefy zagrożeń** – urwiska i rwące potoki. Ostrzega, kiedy zwolnić, a kiedy lepiej zawrócić;

- **ma legendę i skalę** – ta pierwsza określa wspólny język, by każdy z ekipy rozumiał to samo, druga zaś uczy pokory wobec czasu i sił;
- **umożliwia planowanie** – wybieramy trasę adekwatnie do pogody i kondycji, a gdy warunki się zmieniają, modyfikujemy przebieg marszu.

## MAPA A ATLAS EMOCJI W PRZEMOCY DOMOWEJ

Pracę z osobą doświadczającą przemocy możemy porównać do górskiej wędrówki. Przemoc domowa to góry z wymagającymi szlakami: pogoda zmienia się nagle, a teren bywa zdradliwy. W przemocy domowej krajobraz emocji jest poszarpany: dużo stromych podejść (strach, wstyd, złość), mało łagodnych polan (ulga, spokój, poczucie bezpieczeństwa). Długotrwałe doświadczanie przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej, ekonomicznej, opartej na kontroli) przedstawia cały system emocjonalny: rośnie dominacja afektu negatywnego, a maleje dostęp do emocji pozytywnych. To nie „słabość charakteru”, lecz udokumentowane badaniami zdrowotne skutki przemocy: wyższe ryzyko depresji, zaburzeń lękowych, bezsenności, PTSD/CPTSD oraz licznych konsekwencji somatycznych.

Atlas emocji może zatem działać w tym wszystkim jak opisana wcześniej mapa terenu. Dobrze skonstruowany, pozwala rozumieć zachowania osoby doświadczającej przemocy jako logiczne efekty życia w zagrożeniu, a nie jako „brak motywacji” do zmiany. Porządkuje krajobraz przeżyć osoby doświadczającej przemocy. Nazywa to, co się dzieje w jej ciele i umyśle, a także wskazuje, jak przez ten teren przechodzić bezpiecznie. Krok po kroku – bez zbędnego ryzyka.

## JAK TO PRZEŁOŻYĆ NA PRACĘ Z OSOBĄ DOZNAJĄCĄ PRZEMOCY?

### 1. Rzeźba terenu = zmiany nastroju i pobudzenia

W przemocy „pogoda” bywa gwałtowna. Są strome podejścia i krótkie „okna” spokoju. Wyobraź sobie natężenie stanów: od lekkiej czujności po hiperczujność, od smutku po anhedonię, od irytacji po wybuchy złości. Grzbiety i żleby to wahania energii oraz napięcia: „szczyty” zagrożenia (np. weekendy w domu z osobą stosującą przemoc, rozprawy sądowe czy próby odejścia od osoby, która krzywdzi) i „doliny” po *miodowym miesiącu*. Już na starcie powinniśmy zaznaczyć: gdzie jest stromo (co wyzwała napięcie), a gdzie łagodniej (bezpieczne miejsca, kojące rytuały czy osoby, które dają wsparcie).

### 2. Szlaki i warianty = scenariusze działania

W pracy z przemocą domową przygotowujemy dwa szlaki na różną „pogodę” i jedną ścieżkę ewakuacyjną „na już”. Wybieramy je zależnie od tego, co się dzieje tu i teraz w życiu osoby doznającej przemocy oraz tego, jak się czuje.

#### Szlak A – gdy jest względnie spokojnie

To trasa „krok po kroku” w wolnym tempie, kiedy nie ma świeżych eskalacji, a ciało nie jest w stałym alarmie. To czas, gdy osoba doznająca przemocy czuje się dość bezpiecznie. Wtedy lęk bywa mniejszy, strach opada o 1-2 stopnie, chaos w głowie się porządkuje. Smutek, poczucie winy i wstyd są obecne, ale w dawkach, które da się unieść. To czas na rozmowy o tym, co się wydarzyło, pracę nad

traumą, odbudowywanie poczucia sprawstwa, poszukiwanie możliwych rozwiązań, aby zatrzymać przemoc i odzyskać kontrolę nad własnym życiem.

### **Szlak B – gdy rośnie ryzyko przemocy**

Używasz go, gdy pojawiają się groźby, stalking, gwałtowna przemoc wzrost kontroli ze strony osoby stosującej przemoc, albo gdy osoba doznająca przemocy wpada w stany paniki, zamrożenia, jest w strachu i chaosie – to sygnały, by zadbać o jej bezpieczeństwo, a nie „przerabiać przeszłość”. Jeśli rośnie ryzyko, przenosimy akcent na plan bezpieczeństwa i regulację układu nerwowego; głębsza praca narracyjna poczeka. Ustalamy konkretne działania: co osoba doznająca przemocy może zrobić dziś/jutro (np. zgłoszenie na policję, uruchomienie procedury „Niebieskie Karty”, konsultacja prawna, gromadzenie dowodów) i pracujemy nad strachem, lękiem oraz wstydem, które mogą powodować wycofywanie się ze współpracy ze służbami. Wdrażamy metodę małych kroków.

### **Ścieżka ewakuacyjna – gotowa procedura „na już”**

To gotowy plan szybkiego wyjścia, gdy „tu i teraz” robi się niebezpiecznie. Może być tymczasowy (na kilka godzin lub nocy), ponieważ jego jedyny cel to ochrona życia i zdrowia osoby doznającej przemocy (oraz jej dzieci). Osoba doznająca przemocy wie, do kogo ma zadzwonić (imiona i numery), gdzie jechać (adres, sposób dotarcia), gdzie leżą dokumenty i rzeczy, które ma zabrać (torba „na start”). Nawet samo posiadanie planu często obniża lęk o 1-2 „oczka”, co umożliwia sprawniejsze działanie w sytuacji zagrożenia.

Co ważne, tego planu osoba doświadczająca przemocy nie wymyśla w stresie. Po prostu odtwarza to, co ustaliła wcześniej ze specjalistą, który uczył ją, czym jest okno tolerancji (zakres pobudzenia, w którym można myśleć i działać), rozpoznawania sygnałów z ciała i rozróżniania hiperczułości („Mój wewnętrzny alarm włącza się za wcześnie”) od realnego zagrożenia.

### 3. Punkty orientacyjne = proste wskaźniki postępu

W górach szukamy mostków, słupków, przełęczy, żeby upewnić się, że nie zbaczamy z wytyczonego szlaku. W pracy z osobą doświadczającą przemocy robimy to samo, tylko „oznaczenia” są w ciele, emocjach i codziennych drobnych czynnościach. Punkt orientacyjny to coś małego, ale mierzalnego: dwie pełne noce snu pod rząd, lęk spada z 8 do 5, wykonanie pierwszego telefonu do prawnika, wezwanie policji na interwencję, przełamanie wstydu i powiedzenie w pracy: „Potrzebuję wsparcia”.

Emocjonalnie to chwile, w których z osoba doświadczająca przemocy, chcąc uciec od cierpienia, wykonuje krok w stronę wpłynięcia na zmianę własnej sytuacji: pojawia się odrobina ulgi i zadowolenie z siebie, że „jednak da się coś zrobić”. Jednocześnie wstyd cichnie na tyle, by zrobić następny mały ruch. Zapisujemy te sygnały krótko, jak w dzienniku: data, co poczuło ciało, jaka emocja, jaki krok. Kiedy przychodzi gorszy dzień, to właśnie te notatki mówią: „Wciąż jesteśmy na szlaku” i są motywacją do dalszego działania, pomimo bólu czy zniechęcenia.

### 4. Strefy zagrożeń = miejsca, gdzie łatwo o błąd

Są odcinki, w trakcie których nie ciśniemy do przodu „pomimo wszystko”, tylko najpierw dbamy o odpowiednie zabezpieczenie. Je także rozpoznajemy po emocjach i reakcjach ciała.

Pierwszy sygnał to **zamrożenie**: głos osoby doznającej przemocy gaśnie, wzrok się zawęża, ciało sztywnieje, myśli się rwą. Skala pobudzenia/lęku zwykle osiąga 7/10. Pojawia się przerażenie albo martwy spokój, a chwilę później wstyd, że „nic nie zrobiłam/em”. Tu nie wchodzimy w narrację, nie wyciągamy długiej opowieści – wracamy do koncentracji na pracy z ciałem, dbamy o bezpieczeństwo i regulację emocji: dłuższy wydech, kontakt z otoczeniem, łyk wody, drobny ruch. Zastosuj protokoły techniki uziemiania. Interesująca cię historia przemocy poczeka na moment, gdy wróci głos i orientacja.

Drugi to **ambiwalencja**, która często mylona jest z „brakiem motywacji”. Osoba doznająca przemocy może obawiać się tej, która ją stosuje, sprzeciwiać się wobec krzywdzącego traktowania, a jednocześnie tęsknić za nią, wspominać dobre chwile i mieć nadzieję na to, że one wrócą. Zamiast naciskać na osobę doznającą przemocy: „Decyduj teraz”, cierpliwie porządkujemy fakty: co i kiedy się wydarzyło, jakie są dowody na rzeczywistą zmianę i czy ostatni miły gest ze strony osoby stosującej przemoc naprawdę świadczy o jej głębokiej transformacji.

Trzeci to **zbyt wczesna ekspozycja** – próba „przerabiania traumy”, gdy „pogoda” jest fatalna: hiperczułość wysoka, sen poszarpany, panika pod skórą, chaos w głowie. Wtedy głęboka praca to wejście „w ścianę”. Najpierw wyregulujemy emocje, a do trudnych treści wrócimy, gdy znów znajdą się one w „oknie tolerancji”.

## 5. Legenda i skala = wspólny język i tempo

Żeby iść razem, trzeba czytać tę samą mapę. Stąd też ustalamy prosty słownik, np. mówimy na hiperczułość „radar”, „zamrożenie” na lo-



dowaty bezruch, „okno tolerancji” na zakres, w którym da się myśleć i działać, „mikroulga” na drobny spadek napięcia po oddechu czy spacerze. Emocje oceniamy na skali (0–10), bo liczby porządkują chaos: „Dziś lęk 4, złość 3, wstyd 2 – mogę rozmawiać” albo: „Lęk 8 – najpierw regulacja”.

Ustalamy też skalę czasu: radar śledzimy w godzinach (kiedy rośnie, kiedy opada), bezpieczeństwo w dniach (konkretne daty i sytuacje ryzyka), a odbiór przyjemności/energii w tygodniach. Taka legenda sprawia, że psycholog, osoba doznająca przemocy, prawnik i pracownik socjalny widzą to samo, a dzięki temu – idą jednym tempem.

## 6. Planowanie = mądra elastyczność

Wybierając się w góry, wybieramy różne wersje trasy i sprawdzamy prognozę pogody. Plan A uruchamiamy, gdy pogoda jest stabilniejsza: lęk niższy, pojawia się ciekawość i małe iskry ulgi, ciało po pobudzeniu wraca do równowagi. Wtedy krok po kroku: dbamy o sen, budujemy sieć wsparcia, trudne treści dzielimy na porcje, zaczynamy odbudowywać plany. Plan B włączamy, gdy „chwytą halny”: eskalacja, stalking, bezsenność, panika lub zamrożenie. Wtedy koncentrujemy się na „tu i teraz”: istotna staje się regulacja ciała, praktyczne wsparcie, plan bezpieczeństwa trzymamy pod ręką. Jeśli następuje załamanie pogody – ewakuacja: wyjście do bezpiecznego miejsca i dopiero stamtąd podejmowanie kolejnych decyzji. Po każdej „przełęczu” robimy krótki przystanek: co zmieniło się w emocjach, czy tempo jest właściwe, czy trzymać się szlaku, czy stworzyć inny wariant. To nie jest porażka – to dojrzała nawigacja w zmiennej pogodzie przemocy.

## EMOCJE - ISTOTNY ELEMENT MAPY

Emocje to nie przeszkody na szlaku – to znaki. Czytane uważnie, mówią, kiedy iść, kiedy odpocząć, a kiedy skręcić w bezpieczniejszą ścieżkę – ku zatrzymaniu przemocy i zakończeniu destrukcyjnej relacji w możliwie bezpieczny sposób.

### 1. Strach, lęk, przerażenie i hiperczułość

**W górach:** to jak marsz granią w wichurze – każdy szelest brzmi jak alarm, krok staje się nerwowy.

**W codzienności osoby doświadczającej przemocy:** tego typu emocje objawiają się jako płytki sen lub bezsenność; nadmierny odruch przestachu, drżenie rąk, napięciowe bóle głowy/szczęki, bóle brzucha; problemy z koncentracją/pamięcią; nadmierna czujność na dźwięki (klucz w zamku, kroki na klatce), gwałtowne odskakiwanie przy nagłym bodźcu; sprawdzanie zegarka/telefonu, napięcie przy zbliżaniu się „godziny powrotu” i przygotowywanie domu „pod preferencje” osoby stosującej przemoc (np. określone potrawy, ustawienia przedmiotów); sztywny harmonogram rytuałów bezpieczeństwa: tryb „cichy” w telefonie, ukryte czaty; zmienianie tras powrotu, wysiadanie przystanek wcześniej/później; automatyczne przytakiwanie i wycofywanie opinii, „żeby nie prowokować”; przepraszanie „na zapas”, pomniejszanie swoich potrzeb, nadmiar komplementów wobec osoby stosującej przemoc; zgoda na seks lub bliskość bez chęci, by „uspokoić” partnera; nadmierna kontrola dzieci i prośby szeptem („Bądźcie cicho, bo...”), odwoływanie w ostatniej chwili wizyty u psychologa i prawnika, unikanie zgłaszania incydentów i ukrywanie śladów przemocy (ubrania zakrywające ciało niezależnie od pogody, makijaż maskujący); selek-

tywne dzielenie się informacjami i tworzenie „historii zastępczych”, które tłumaczą urazy i nieobecności; reakcje stresowe: walka (wybuchowe reakcje obronne na niegroźne bodźce i zwykle szybko po nich wstyd/wycofanie), ucieczka (unikanie kontaktu wzrokowego i opuszczanie pomieszczeń, skracanie rozmów telefonicznych), zastyganie („zamrożenie” mimiki/głosu, spowolnione ruchy, pusty wzrok, trudność w odpowiedzi na proste pytania), przymilanie (nadmierne uspokajanie, przejmowanie winy); minimalizowanie („To nic takiego”), racjonalizowanie („Miał ciężki dzień”), obwinianie siebie; spóźnienia, nagłe nieobecności, spadki wydajności; lęk przy telefonach/SMS-ach w pracy; ostre „pikowanie” nastroju przed weekendami/świętami; trudność w podjęciu nawet małych decyzji, odkładanie działań prawnych/medycznych; cofanie zgłoszeń po okresach „miodowego miesiąca”.

*Frazy-klucze:* „Nie pamiętam dokładnie”, „Może źle zrozumiałam”, „Przesadzam” – zwłaszcza po gaslightingu.

## 2. Wstyd i poczucie winy

**W górach:** to jak gęsta mgła i zejście śliskim żlebem z plecakiem pełnym kamieni – każdy kamień to „moja wina”. Głos grzęźnie w gardle, wzrok wbity w buty, chęć schowania się za innymi.

**W codzienności osoby doświadczającej przemocy:** spuszczone wzrok, cichy/łamlawy głos, „uspokajający” uśmiech nieadekwatny do treści; zaczerwienienie twarzy, napięcie barków i karku, przygarbiona sylwetka; kompulsywne przeproszanie „na wszelki wypadek” i nadmierne tłumaczenie się; branie odpowiedzialności za cudze emocje („Gdybym nie powiedziała tego, on by nie wybuchł”); minimalizowanie swoich potrzeb („Nie chcę robić kłopotu”), odmowa przyjmowania wsparcia lub prezen-

tów; perfekcjonizm i nadpracowitość, „żeby odkupić winy”, karanie siebie brakiem odpoczynku/jedzenia/przerw; naprawianie szkód wyrządzonych przez sprawcę (sprzątanie po wybuchach, przepraszanie innych za jego zachowania, spłacanie jego długów); zgoda na bliskość/seks mimo braku chęci, „bo mu się należy/inaczej się obrazi”; nadmierne rekompensowanie dzieciom trudnej sytuacji prezentami i pozwoleniami; wycofywanie granic i opinii przy najmniejszym sprzeciwie; unikanie kontaktów społecznych i specjalistów, „bo wstyd opowiadać”, tłumaczenie nieobecności, „żeby nie zajmować miejsca” bardziej „potrzebującym”; odwoływanie wizyt, rezygnacja z pomocy prawnej po „przeprosinach” osoby stosującej przemoc, rezygnacja z dokumentowania urazów; zakrywanie śladów przemocy i tworzenie „historii zastępczych” (potknięcia, „moja niezdarność”); nadmierne wyręczanie w domu, gotowanie „ulubionych potraw” jako przeprosiny; samokrytyka i etykietowanie siebie („Jestem beznadziejna”, „Psuję relacje”, „Ciągłe zawodzę”); myślenie tunelowe: „Inni mają gorzej”, „Sama go sprowokowałam”, „Gdybym była lepsza/ładniejsza/bardziej pokorna...”, „To moja wina, że on pije/krzyczy”; trudność z przyjmowaniem komplementów („Przestań, to nieprawda”), natychmiastowe wskazywanie swoich rzekomych błędów; unikanie decyzji i odkładanie działań, bo „nie zasługuję na lepsze”; nadmiarowe „sprzątanie po sobie” w pracy i w relacjach (przejęcie winy za cudze pomyłki, zostawanie po godzinach); w rozmowie ze specjalistami szybkie: „Tak”, bez realnej zgody, a potem wstyd i wycofanie; unikanie zdjęć/patrzenia w lustro, nadmierna kontrola wyglądu albo przeciwnie – zaniedbywanie siebie z poczucia bycia wybrakowaną czy niewystarczającą; zgadzanie się na niesprawiedliwe ustalenia finansowe, „bo utrudniam życie”; rezygnacja z przyjemności i planów.

*Frazy-klucze:* „To nic takiego”, „Sama jestem sobie winna”, „Mogłam milczeć”, „Nie chcę robić problemu”, „Jestem trudna”, „Nie zasłużyłam na wolne/kino/kurs/lepsze życie”.

### 3. Smutek, przygnębienie, anhedonia

**W górach:** to jak marsz w gęstej mgłę po rozmokłym szlaku i długie, mozolne podejście bez widoku na szczyt. Krajobraz bez koloru, każdy krok ciąży, pojawiają się myśli: „Po co iść dalej?” i „Nie ma sensu zdobywać szczytu – i tak to mi się nie uda”.

**W codzienności osoby doznającej przemocy:** objawiają się jako spowolnienie ruchów i mowy; częsta płaczliwość lub przeciwnie – niemożność płaczu i odrętwienie emocjonalne; uczucie ciężaru w ciele, szybkie męczenie się; trudność z rozpoczęciem najprostszych czynności (prysznic, przygotowanie posiłku), odkładanie ich „na później”; zaniedbywanie jedzenia lub podjadanie „dla ukojenia”, utrata apetytu i utrata smaku; bezsenność lub nadmierna senność, poranne „nie wstaję z łóżka”; rezygnacja z rzeczy, które kiedyś cieszyły (muzyka, książki, seriale, sport); obojętność na święta, urodziny, prezenty, komplementy („to nic nie zmienia”); ograniczenie kontaktów społecznych, nieoddzwanianie, pozostawanie w domu, „bo nie mam siły rozmawiać”; mechaniczne przewijanie telefonu bez celu, gapienie się w jeden punkt; trudność w doświadczaniu radości z dziećmi, „odfajkowanie” opieki, mniejsza responsywność na ich potrzeby; mniejsza dbałość o wygląd i higienę albo przeciwnie – maskowanie zmęczenia nadmiernym makijażem, by nikt nie pytał; spadek koncentracji i pamięci, zostawianie rzeczy niedokończonych; spóźnienia, absencje, spadek wydajności w pracy/szkole, częste „L4” z powodu dolegliwości soma-

tycznych; zgoda na seks „dla świętego spokoju”, bez satysfakcji; rezygnowanie z planów bezpieczeństwa i formalności; przyjmowanie niesprawiedliwych ustaleń, bo „nie mam siły się spierać”; wycofywanie się z decyzji podjętych w lepszym dniu; zaniedbania domowe (bałagan rośnie); brak reakcji na pozytywne bodźce (żart, dobra wiadomość), osłabione poczucie humoru; myśli rezygnacyjne i beznadzieja, które tłumią poszukiwanie pomocy i podtrzymują izolację.

*Frazy-klucze:* „Nie dam rady”, „To i tak nic nie da”; „Nie wiem”, „Wszystko jedno”, „Nie mam energii”, „Nic się nie poprawi”.

#### 4. Złość i gniew

**W górach:** to jak podejście stromym szlakiem w tłoku, gdy ktoś co chwilę zrzuca kamyczki na buty. Mięśnie spinają się do reakcji, oddech staje się płytki, łatwo o ostry okrzyk i równie szybkie: „Przepraszam”.

**W codzienności osoby doświadczającej przemocy:** napięta mimika, zacisnięta szczęka, ściśnięte pięści, szybkie płytkie oddychanie; drażliwość na drobne bodźce (hałas, bałagan); krótkie, gwałtowne wybuchy złości (podniesiony głos, trzaskanie drzwiami, odkładanie przedmiotów z hukiem) i zaraz po nich lęk, wstyd, wycofanie i przeproszanie; przerzucanie gniewu na bezpieczniejsze cele (na siebie, na rzeczy, na urzędnika czy pracowników służb), podczas gdy przy osobie stosującej przemoc pojawia się uległość; sarkazm i ostry humor skierowane przeciw sobie („I tak wszystko psuję”); pasywna agresja jako „bezpieczny” wentyl: milczenie, opóźnianie, drobny sabotaż, po czym poczucie winy; impulsywne porządki, nadmierne sprzątanie, „żeby mieć nad czymś kontrolę”; ruminacje i „wewnętrzne kłótnie” – odtwarzanie



scen, tworzenie ripost, fantazje o sprawiedliwości/ucieczce bez przekuwania w realny plan bezpieczeństwa czy plan działania; stawianie granic („Koniec, mam dość!”), a potem cofanie ich po groźbach/„prośbách” sprawcy krzywdzenia; przenoszenie gniewu na dzieci (podniesiony głos, nakazowość), po czym natychmiastowe zadośćuczynienie i wstyd; somatyka gniewu: uderzenia gorąca, kołatanie serca, bóle brzucha/głowy, zgrzytanie zębami, bezsenność; autouspokajanie przez jedzenie, alkohol/leki „na nerwy”, nadmierny wysiłek fizyczny lub przeciwnie – odrętwienie i „zamykanie się” w pokoju; unikanie empatii, odbieranie wsparcia jako „litości” i reagowanie ostrym tonem; w relacjach ze specjalistami testowanie granic (spór o słowa, podważanie kompetencji) albo szybkie: „Tak”, bez realnej zgody i późniejsze wycofanie z zaleceń; skłonność do konfrontacji w miejscach postrzeganych jako bezpieczne (np. urzędy, szkoła), a potem lęk i wstyd, że „narobiłam problemów”; kierowanie gniewu do wewnątrz: ostra samokrytyka, zawstydzająca etykiety wobec siebie, drobne autoagresywne nawyki (obgryzanie skórek, zbyt mocne dociskanie szczęki); trudność w rozpoznaniu, że gniew jest sygnałem naruszenia granic, więc zamiast służyć ochronie – rozsadza od środka albo zamienia się w bezsilność.

## 5. Ambiwalencja i huśtawka emocjonalna

**W górach:** to szybka zmiana pogody na grani – raz słońce i wiatr w plecy, chwilę później ściana deszczu. Krok do przodu, dwa w tył, raz w górę, raz w dół, stoimy w połowie drogi i co chwilę zmieniamy decyzję: „Schodzić czy iść dalej?”.

**W codzienności osoby doświadczającej przemocy:** współistnienie „kocham i boję się”, w jednym dniu deklaracje „odchodzę” i „dam jeszcze

jedną szansę”; naprzemienne idealizowanie i dewaluowanie osoby stosującej przemoc („Bywa czuły”/„Potrafi mnie zniszczyć”); zaczynanie planu ewakuacji (zbieranie dokumentów, pakowanie torby), po czym rozpakowywanie i „wracanie do normalności”; dzwonienie na linię wsparcia i rozłączanie się, pisanie długich wiadomości do bliskich i kasowanie ich; blokowanie numeru osoby stosującej przemoc, a po chwili odblokowywanie i wysyłanie: „Przepraszam”; składanie zawiadomienia i wycofywanie go po „miodowym miesiącu”; nagłe zrywy energii (sprzątanie, załatwianie spraw) przeplatane bezsilnością i odrętwieniem; huśtawka somatyczna: skoki adrenaliny, fale ciepła, po czym zjazd energetyczny, senność lub bezsenność; w pracy chwile hiperaktywności i perfekcjonizmu, a potem spadki wydajności i rezygnacja z zadań; wobec dzieci – na przemian nadmierna pobłażliwość i sztywność zasad, po czym wyrzuty sumienia; zmienność granic: kategoriyczne „nie” zamienione w „może” po jednej wiadomości/telefonie; mieszane sygnały w relacji ze specjalistami – szybkie: „Tak, zrobię to” i odwołanie wizyty, brak konsekwencji w realizacji zaleceń; wewnętrzne „dwie narracje”, opowiedziane na zmianę: „To nic takiego” vs. szczegółowe opisy przemocy; częste sprawdzanie znaków, „czy on się zmienia” (kwiaty, cisza) i nadawanie im zbyt wielkiej wagi; zmienne decyzje finansowe (otwieranie własnego konta i wracanie do wspólnego), odkładanie oszczędności i natychmiastowe ich „oddawanie” w geście pojednania; efekt „emocjonalnego bumerangu” po konfrontacji – chwilowa ulga i nadzieja, po czym lęk, wstyd i wycofanie, które zatrzymują realne zmiany.

*Frazy-klucze:* „Już postanowiłam, ale...”, „Nie wiem, może przesadzam”, „Teraz było dobrze”, „Może to jednak moja wina”, „On obiecał, że będzie się leczyć”.

## 6. Konfuzja, chaos i dezorientacja

**W górach:** to jak zejście w mlecznej mgłę po rozwidlonych ścieżkach – znaki rozmyte deszczem, każda ścieżka wygląda tak samo. Co chwilę stajesz i pytasz: „Czy ja tędy szłam?”.

**W codzienności osoby doznającej przemocy:** „mgła poznawcza” – trudność w ułożeniu faktów w kolejności, gubienie wątku w połowie zdania; sprzeczne lub niepełne relacje zdarzeń i natychmiastowe podważanie własnej pamięci („Może mi się wydaje”) – zwłaszcza po gaslightingu; problem z orientacją w czasie (mylenie dni, godzin), podwójne umawianie się lub niepojawianie się, gubienie terminów i dokumentów; zaczynanie wielu czynności naraz i niekończenie ich, krążenie po mieszkaniu bez celu, odkładanie przedmiotów „w dziwne miejsca”; trudność w podejmowaniu prostych decyzji (co zjeść, jaką drogą pójść), wybory losowe „byle szybko”, a potem żal i cofanie decyzji; wielokrotne sprawdzanie zamków/gazu/telefonu i nadal brak pewności, że „jest ok”; czytanie tego samego akapitu po kilka razy, pusty wzrok, „odpływanie” i krótkie epizody odrealnienia (poczucie, że wszystko jest jakby za szybą); mylenie imion, faktów, PIN-ów, wysyłanie wiadomości nie do tej osoby, kasowanie napisanych już zgłoszeń; w pracy – błędy z pośpiechu, chaotyczne notatki, trudność w śledzeniu instrukcji, prośby o powtarzanie; w rozmowie ze specjalistami skakanie po tematach, brak odpowiedzi na proste pytania, częste: „Nie wiem/nie pamiętam/jakoś tak wyszło”; w domu – rosnący bałagan, rachunki nieopłacone, „bo zniknęły”, torba „na wszelki wypadek” wciąż niegotowa, mimo wielokrotnych planów; rozkojarzenie – zostawianie garnka na gazie, żelazka włączonego, wychodzenie bez kluczy/telefonu; w rodzicielstwie – niestabilne zasady (raz bardzo sztywne, raz

żadne), mylenie godzin odbioru dziecka i nadmiarowe przeprosiny; w ciele – zawroty głowy, napięciowe bóle głowy, kołatanie serca „bez powodu”, płytki oddech i zastyganie „na pustkę”; w finansach – chaotyczne decyzje (nagłe zakupy, „żeby poprawić atmosferę”, a potem brak na podstawowe wydatki).

*Frazy-klucze:* „Mam mętlik”, „Nic do mnie nie dociera”, „Chyba wariuję”, „Nie ogarniam”, które wzmacniają wycofanie i utrudniają korzystanie z pomocy.

## 7. Zamrożenie, odrętwienie i dysocjacja

**W górach:** to jak stanie na wąskiej półce, nad głową co chwilę spadają kamyki – wstrzymujesz oddech z przerażenia, ciało nieruchomieje, strach się poruszyć nawet o centymetr.

**W codzienności osoby doświadczającej przemocy:** „wyłączenie” emocji i czucia ciała, twarz jak maska i nieobecny wzrok; spowolnione ruchy, ściszony/monotonny głos albo chwilowy brak głosu, opóźnione odpowiedzi; zawieszanie się i wpatrywanie w punkt, brak reakcji na pytania, automatyczne: „Tak/nie”; bezwiedne wstrzymywanie oddechu, płytkie oddychanie, uczucie zimna/drżenia, mrowienie dłoni; osłabione czucie bólu/głodu lub „docieranie” doznań z opóźnieniem; „autopilot” – wykonywanie czynności bez pamięci epizodu, luki czasu („Nie wiem, co było między 18 a 21”); depersonalizacja i derealizacja – wrażenie oglądania sceny z góry, świat jak za szybą, dźwięki z od dali; znieruchomienie: ciało sztywnieje, trudno mówić lub poruszyć się, szczególnie przy przemocy seksualnej; uległa zgoda: kiwanie głową, oddawanie telefonu/hasła/pieniędzy, podpisywanie czegokolwiek, „byle przestał krzyczeć”; po epizodzie – nagły spadek energii,

senność, ból głowy, „otępienie”, wstyd i samokrytyka („Czemu nie zareagowałam?”); zagrożenia bezpieczeństwa: zostawione żelazko/gaz, wyjście bez kluczy/telefonu, przejście przez skrzyżowanie „na autopilocie”; w pracy/szkole – puste patrzenie w ekran, wysyłanie niepełnych maili, gubienie wątku, rezygnacja ze zgłaszania incydentów; w rodzicielstwie – chwilowe „wylogowanie”: mechaniczne odpowiedzi, spóźnione reakcje, potem nadrabianie i poczucie winy; w kontakcie ze specjalistą – długie pauzy, monosylaby, „suche” relacje bez emocji, częste: „Nie pamiętam/trudno o tym mówić”.

*Frazy-klucze:* „Jakby mnie nie było”, „Odłączyłam się”, „To było jak film”, „Zamarłam, nie mogłam nic zrobić”.

## 8. Miłość, ufność w deklaracje poprawy i nadzieja na zmianę

**W górach:** krótkie „okno pogodowe” między chmurami – słońce wychodzi na pięć minut i znów ruszasz w górę, choć prognoza zapowiada burze. Chwytasz się każdego przejaśnienia jak obietnicy, że „teraz już będzie dobrze” i zrealizujesz swój cel.

**W codzienności osoby doznającej przemocy:** chwywanie się najmniejszych gestów normalności jako dowodu zmiany (zrobiona herbata, odprowadzenie dziecka do szkoły) i nadawanie im dużej wagi; interpretowanie ciszy po awanturze jako „on się stara” i „resetowanie licznika”; przyjmowanie przeprosin, kwiatów i prezentów jako zadośćuczynienia, rezygnacja z konsekwencji („Nie będę teraz zgłaszać, nie dolewajmy oliwy do ognia”); wycofywanie się z dotychczas podjętych działań: odwoływanie wizyt u prawnika/psychologa, wycofywanie zawiadomień, zgoda na powrót do wspólnego mieszkania; przyjmowanie „kontraktów” i deklaracji („Nie będę pił, zapiszę się na terapię, od-

dam kartę bankową”) i czuwanie nad ich przestrzeganiem, kosztem własnych potrzeb; usprawiedliwianie osoby stosującej przemoc („Ma trudny czas”, „Naprawdę chce się zmienić”), prośby, by „dać mu szansę”; wyciszanie lub ukrywanie objawów przemocy, by nie „psuć procesu naprawy”; zgoda na seks/bliskość, „żeby wesprzeć jego zmianę”, mimo braku chęci; szybkie wybaczenie i idealizowanie „dobrych dni”, publikowanie w mediach społecznościowych „dowodów normalności” (rodzinne zdjęcia, wspólne wyjścia), unikanie tematów trudnych; drobne inwestycje w „nowy start” (remont, wspólny wyjazd, planowanie świąt) jako cementowanie nadziei; oddawanie dostępu do finansów/telefonu/lokalizacji, „bo teraz budujemy zaufanie”; w rozmowie ze specjalistami – podkreślanie postępu sprawcy i pomijanie ryzyk, niechęć do planów ewakuacji („Nie chcę go zrazić”), prośby o interwencje „łagodne, nienaruszające go”; reinterpretowanie przemocy jako „kryzysu pary” i nacisk na terapię par, choć bezpieczeństwo nie jest zapewnione; zmiana języka z „przemoc” na „kłótnie”, z „groźby” na „nerwy”; wycofywanie wcześniej postawionych granic po jednej obietnicy; nadawanie wielkiej wagi symbolicznym zachowaniom (pierwsza wizyta AA, jedna sesja terapeutyczna) i tolerowanie braku ciągłości; tłumaczenie dzieciom, że „tata się leczy/wszyscy zasługują na drugą szansę”, uciszanie ich obaw; odkładanie zbierania dowodów, „bo to ściąganie nieszczęście”; wewnętrzne targowanie się – zgoda na ustępstwa (rezygnacja z pracy, spotkań z przyjaciółmi, z dostępu do pieniędzy) w zamian za obiecany spokój i miłość; przywiązanie do wspólnych wspomnień i „wersji z początku relacji” jako paliwa nadziei, mimo aktualnych dowodów ryzyka; szybkie wpadanie w poczucie winy, gdy zmiana nie następuje, co dalej oddala realne działania ochronne.



*Frazy-klucze:* „Tym razem czuję, że to inaczej”, „Rodzina jest najważniejsza”, „On potrafi być taki czuły”, „Każdy popełnia błędy”, „Może zbyt naciskałam”, „Muszę go bardziej wspierać”.

## DLACZEGO „ATLAS EMOCJI” MOŻE BYĆ POMOCNY?

**1. Przemoc zmienia topografię afektu** – mapa tłumaczy „dziwne” reakcje osoby doznającej przemocy, frustrujące specjalistów udzielających wsparcia.

Długotrwała przemoc rozregulowuje emocje i zachowanie. Atlas pomaga widzieć je jako strategię przetrwania, a nie „opór”, „manipulację” czy „brak motywacji”. Dzięki temu zamiast etykiet, dajemy trafną interwencję (np. normalizacja reakcji, uziemianie, poszerzanie okna tolerancji). Bez mapy rośnie ryzyko błędnej atrybucji („nie chce współpracować”), co obniża zaufanie w relacji i skuteczność pomocy.

**2. Strefy zagrożeń i nawigacja bezpieczeństwa** – gdzie są lawiny, gdzie obejścia. Mapa wskazuje momenty podwyższonego ryzyka (okres rozstania, eskalacje po konfrontacji, „miodowy miesiąc”), uczy dobierać tempo i dawkę działań (mikrokroki, stabilizacja, bezpieczne kanały kontaktu). Chroni to przed typowymi błędami: presją na szybkie decyzje, minimalizowaniem ryzyka czy przedwczesną terapią par. Bez mapy łatwo wejść w „żleb” – przyspieszyć, zbagatelizować ryzyko i narazić klientkę/klienta oraz siebie.

**3. Wspólny język i punkty orientacyjne** – mniej chaosu, więcej ciągłości. Mapa działa jak legenda dla całego systemu (psycholog, lekarz, prawnik, OPS, szkoła): te same kategorie, te same wskaźniki postępu (np. spadek hiperczułości, większa zdolność do decyzji). To

ogranicza wtórną traumatyzację, poprawia jakość dokumentacji i koordynację całego procesu. Bez mapy każdy „idzie swoim szlakiem”, a klientka gubi się pomiędzy sprzecznymi zaleceniami.

**4. Przeciwdziałania wypaleniu** – mniej mgły decyzyjnej, więcej sprawczości po obu stronach. Mapa zmniejsza obciążenie poznawcze specjalisty: podpowiada *checklisty*, skrypty, wskaźniki, dzięki czemu szybciej wybieramy adekwatne kroki i widzimy realne mikro-postępy. To chroni przed bezradnością i wtórnym stresem traumatycznym, który rozwija się u pomagających na skutek długotrwałej ekspozycji na cudze doświadczenia przemocy i traumy. Bez mapy łatwo „kręcić się w kółko”, co zwiększa frustrację zespołu i rezygnację klientki z pomocy.

Mapa emocji to praktyczne narzędzie pracy. Porządkuje doświadczenia, wskazuje punkty orientacyjne i strefy ryzyka, dzięki czemu lepiej oceniamy sytuację oraz trafniej dobieramy interwencje i tempo działań. Co jednak najważniejsze – realnie zwiększa szanse osoby doznającej przemocy na bezpieczne wyjście z krzywdzącej relacji, powrót do równowagi emocjonalnej po doznanych urazach psychicznych i przywrócenie poczucia kontroli nad własnym życiem. ■

---

#### AGNIESZKA MACHNOWSKA

– zastępczyni kierowniczkii Niebieskiej Linii IPZ ds. klinicznych, kierowniczkii Studium Przeciwdziałania Przemocy Domowej I i II stopnia. Psycholożka, psychoterapeutka, trenerka, certyfikowana specjalistka i superwizorka w zakresie przemocy domowej. Pracuje w nurcie integracyjnym.

# Przemoc domowa wobec ciężarnych = PRZEMOC PRENATALNA



Doświadczanie przemocy domowej przez kobietę w ciąży ma poważne, często długofalowe konsekwencje nie tylko dla niej, lecz także dla dziecka (zarówno na etapie życia płodowego, jak i po urodzeniu). Automatycznie czyni to zatem przemoc wobec ciężarnej także przemocą prenatalną.

**KATARZYNA MIŁKOWSKA**

**B**adacze od lat podkreślają: dane dotyczące przemocy domowej na całym świecie są niedoszacowane, co oczywiście dotyczy także przemocy doświadczanej przez kobiety będące w ciąży. W dużej mierze wynika to z faktu, iż wiele pokrzywdzonych nie zgłasza się po pomoc. Co więcej, porównując ze sobą dane, trzeba brać pod uwagę różnice metodologiczne, zwłaszcza jeśli analizujemy obraz międzynarodowy. Nie zmienia to jednak faktu, że w większości przypadków liczby są alarmujące. Oto wyniki przykładowych badań w tym zakresie:

- **Iran** – jedna z analiz opublikowanych w 2014 roku wskazała, że częstość występowania przemocy domowej w czasie ciąży (wszelkiego rodzaju przemocy fizycznej, seksualnej i ekonomicznej) wynosi w tym kraju od 19,3% do nawet 94,5%<sup>1</sup>;

- **Kraje azjatyckie** – wskazuje się, że doświadczenie przemocy dotyczy 4-48% ciężarnych (liczby wynikają z przeglądu recenzowanej literatury opublikowanej w latach 1995–2009)<sup>2</sup>;
- **Anglia** – jedno z badań przeprowadzonych w północnej Anglii wskazało na 17%<sup>3</sup>;
- **Portugalia** – według badania opublikowanego w 2012 roku, 43,4% ciężarnych deklaroowało doświadczenie przemocy (fizycznej – 21,9%; psychicznej – 43,2%; seksualnej – 19,6%)<sup>4</sup>;
- **Francja** – badanie z 2019 roku wskazało, że 1,8% kobiet było narażonych na przemoc fizyczną w czasie ciąży<sup>6</sup>;
- **Szwecja** – przemocy doświadczył 1% ciężarnych (niezależnie od rodzaju lub poziomu nadużycia)<sup>5</sup>;
- W systematycznym przeglądzie literatury, jako generalną częstość występowania przemocy w czasie ciąży, wskazano 1–20%<sup>7</sup>.

Jeśli chodzi o Polskę, warto zapoznać się m.in. z badaniem opublikowanym w 2013 roku. Bazowało na danych pochodzących od 114 ciężarnych z województwa lubelskiego. 59,7% z nich zadeklarowało doświadczenie przemocy w czasie ciąży. Najczęściej była to przemoc psychiczna (72,5%), a najrzadziej ekonomiczna (26,7%)<sup>9</sup>.

Szczególnie ciekawy jest w tym kontekście artykuł opublikowany w zeszłym roku w „Ginekologii Polskiej”. Autorzy poddali analizie dane pochodzące z badań kryminalistycznych przeprowadzonych na zlecenie policji lub prywatnie w Zakładzie Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2015–2020. Spośród 7689 z nich, 22 spełniały kryteria przemocy wobec ciężarnych (w 20 przypadkach, tj. 90,1%, osobami krzywdzącymi byli mężczyźni, w pozostałych dwóch

płeć sprawcy nie została określona)<sup>8</sup>. Bez wątpienia jest to liczba zastanawiająco niska, zwłaszcza w porównaniu z wcześniej opisanym badaniem – ale, takie są oficjalne dane. W kontekście generalnie podawanych statystyk warto się jednak zastanowić, czy raportowanie tego typu przypadków jest odpowiednie, tj. trafne, zawierające dokładne informacje oraz uwzględniające aktualną wiedzę o przemocy domowej. Podobnie dotyczy to samego rozpoznawania zjawiska, zarówno na etapie bezpośrednich interwencji, jak i zbierania danych. Choć – rzecz jasna – nawet jeśli byłby to jeden przypadek, jest to o ten jeden za dużo.

## PRZEMOC NIEJEDNO MA IMIĘ

Ciężarne są w grupie ryzyka doświadczania przemocy domowej, co m.in. wynika z ich ograniczeń, w tym fizycznych (trudniejsze lub wręcz niemożliwe są obrona bądź ucieczka przed ewentualnymi atakami). Przede wszystkim jednak bardziej podatnymi na różnego rodzaju przekroczenia czyni je lęk o dziecko – nieraz to właśnie on stoi za tym, że kobieta nie broni się i ulega przemocowym zachowaniom (m.in. by uniknąć eskalacji, która w efekcie mogłaby zagrozić ciąży czy wywołać powikłania uniemożliwiające prawidłowy rozwój płodu).

Ciężarnych nie omija żaden rodzaj przemocy. Jeśli chodzi o krzywdzenie fizyczne, szczególnie niebezpieczne dla ciąży mogą być uderzenia w brzuch. Przykładem psychicznej przemocy są zaś izolowanie, zastraszanie, że po porodzie dziecko zostanie zabrane matce, wyzwiska czy różnego rodzaju groźby (chociażby użycia przemocy fi-



zycznej skierowanej w brzuch, a tym samym w nienarodzone dziecko). Bardzo silnie oddziałujące na całe życie są też przypadki przemocy ekonomicznej, która w efekcie może prowadzić np. do uzależnienia od partnera, co dotyczy także kupowania potrzebnych leków, wizyt lekarskich lub przeprowadzania niezbędnych badań – jeżeli kobieta nie otrzyma na nie środków, może nie mieć możliwości, aby odpowiednio zadbać o ciążę.

Kolejnym rodzajem przemocy jest ta dotycząca sfery seksualnej, jak np. wymuszony stosunek. Co jednak istotne, w tym kontekście nie można zapominać także o innych aspektach zdrowia reprodukcyjnego, zaczynając od tego, że przemoc ze strony partnera jest silnym czynnikiem ryzyka nieplanowanej ciąży, a – co się w pewnym sensie z tym wiąże – także aborcji. Jeżeli zaś ciąża usuwana jest w nieodpowiednich warunkach lub w ryzykowny sposób, może prowadzić do poważnych powikłań lub nawet zgonu kobiety<sup>11,12,13</sup>.

## PRZEMOC PRENATALNA

Opisując problem przemocy wobec kobiet w ciąży, nie sposób pominąć zagadnienia, jakim jest przemoc prenatalna. Choć jej definicja nie jest do końca sprecyzowana, warto rozumieć ją jako wszelkie działania osób dorosłych, które negatywnie oddziałują na zdrowie i życie dziecka jeszcze nienarodzonego, jak i rodzącego się (dotyczy to zarówno rozwoju fizycznego, jak również psychospołecznego). Dodatkowo występuje też tzw. zaniedbanie prenatalne – zachowania związane z zaniechaniem działań mających pozytywnie oddziaływać na

rozwój i zdrowie dziecka i/lub takich, których brak może w konsekwencji prowadzić do ich zagrożenia<sup>10</sup>.

Co ważne, przemoc oraz zaniedbanie prenatalne mogą być stosowane przez inne osoby, jak i same matki. Do tego mogą być podejmowane świadomie i intencjonalnie lub świadomie, ale nieintencjonalnie. Ten drugi przypadek może dotyczyć np. sytuacji, w której kobieta wie, że palenie przez nią papierosów szkodzi płodowi, ale z powodu uzależnienia nie umie przestać<sup>10</sup>. Jeśli zaś chodzi o zaniechanie działań, może ono dotyczyć np. korzystania z opieki lekarskiej – tj. niestawianie się na wyznaczonych wizytach, nieleczenie chorób, które mogą źle wpływać na dziecko, nieprzyjmowanie odpowiednich leków itp. Co więcej, wiele zachowań przemocowych może być też efektem braku wiedzy czy niedojrzałości emocjonalnej, co oczywiście nie zwalnia nikogo z odpowiedzialności.

Abstrahując od sytuacji, gdy to matka krzywdzi swoje dziecko, powyższe informacje mogą istotnie rozszerzać spojrzenie na przemoc stosowaną wobec ciężarnych, niemalże automatycznie czyniąc z niej także przemoc prenatalną<sup>10</sup>. Bez wątpienia w takie rozumienie problemu można wpisać właśnie przemoc domową.

## KONSEKWENCJE DLA KOBIETY I JEJ DZIECKA

Poza konsekwencjami, jakie mogą wiązać się z doświadczaniem przemocy domowej w „standardowym” okresie życia, w czasie ciąży występują też te bardziej specyficzne. Są one o tyle niebezpieczne, że dotyczą dwóch istnień, nieraz będąc przy tym – dosłownie – sprawą życia i śmierci.

### ■ Przedwczesny poród/poronienie

Światowa Organizacja Zdrowia w 2013 roku wskazała, że prawdopodobieństwo poronienia przez kobiety, które doświadczają przemocy ze strony partnera, jest 16% wyższe niż u kobiet niedoświadczających przemocy w czasie ciąży, a porodu przedwczesnego (tj. przed 37. tygodniem) – 41%<sup>16</sup>. Podobne wnioski potwierdzają także inne badania<sup>6,8,18,28,29</sup>.

Co więcej, dostępne są analizy, których wyniki wykazały, że przemoc fizyczna doświadczana przez ciężarną wiązała się ze zwiększonym ryzykiem śmierci noworodka (1,5% w porównaniu z 0,2% w przypadku niedoświadczania przemocy fizycznej)<sup>30</sup>.

### ■ Niska masa urodzeniowa

Liczne badania, w tym metaanalizy, wykazały, że jeżeli kobieta doświadcza w czasie ciąży przemocy ze strony partnera, istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia u dziecka niskiej masy urodzeniowej<sup>15,18</sup>. Jedno z badań wskazało, że to ryzyko było 2,1 razy większe niż u kobiet, które nie doświadczały przemocy (w przytaczanym badaniu ustalono, że średnio masa urodzeniowa dzieci kobiet doświadczających przemocy była niższa o 236 g)<sup>14</sup>.

Niska masa urodzeniowa oznacza, że noworodek waży mniej niż 2500 g. To niebezpieczny stan, ponieważ takie dzieci są bardziej narażone na różnego rodzaju infekcje i inne powikłania, jak np. problemy z oddychaniem czy zaburzenia metaboliczne. Może to być także prognostyk późniejszych problemów rozwojowych (choć oczywiście nie musi).

### ▪ **Asfiksja porodowa**

Asfiksja porodowa, inaczej określana zamartwicą okołoporodową, to niedotlenienie noworodka, do którego dochodzi przed, w trakcie lub tuż po porodzie. To bardzo poważny stan, który może prowadzić do uszkodzeń mózgu, a nawet śmierci. Wymaga natychmiastowej interwencji medycznej.

To, że przemoc stosowana przez partnerów wobec ciężarnych może mieć istotny związek z niedotlenieniem okołoporodowym, wykazało m.in. badanie opublikowane w 2024 roku<sup>17</sup>. W dyskusji autorzy podkreślili, że może wynikać to m.in. z faktu, iż kobiety narażone na przemoc psychiczną mogą w czasie porodu doświadczać wysokiego poziomu nadciśnienia tętniczego oraz zmniejszonego przepływu krwi i tlenu do płodu. Co ważne, jest to powiązane także z problemami opisanymi we wcześniejszych punktach, tj. przedwczesnym porodem i niską masą urodzeniową – w obu tych przypadkach zwiększone jest ryzyko wystąpienia m.in. problemów z układem oddechowym.

### ▪ **Zaburzenia neurorozwojowe u dziecka**

Jeden z przeglądów systematycznych opublikowany w 2020 roku, który oparto na 11 badaniach obserwacyjnych, opisał, że prawie  $\frac{3}{4}$  wyników wykazało powiązanie pomiędzy prenatalną ekspozycją na przemoc domową (lub konkretnie: stosowaną przez partnera), w tym emocjonalną, psychiczną, fizyczną i seksualną, a trudnościami neurorozwojowymi u dzieci. Autorzy podkreślili jednak, że występują pewne ograniczenia w ocenie tego typu powiązań, choć trauma doświadczana przez matkę faktycznie może odgrywać istotną rolę przy powstawaniu zaburzeń rozwojowych u dzieci<sup>23</sup>.

### ▪ Opóźnienie mowy i trudności behawioralne

W 2019 roku opublikowano badanie, którego autorzy przyglądali się czynnikom determinującym opóźnienie u dzieci mówienia samego w sobie lub w powiązaniu z trudnościami behawioralnymi. Zbadano 5768 dwuletnich dzieci z Nowej Zelandii. Wyniki wskazały, że 18,1% z nich wykazuje trudności językowe, 6,1% trudności behawioralne, a 3,3% oba te problemy. Analizy określiły, że istotny wpływ na wystąpienie trudności miały czynniki prenatalne, w szczególności odczuwany przez matkę stres oraz niewystarczające spożywanie witamin i innych niezbędnych w ciąży składników odżywczych. Wyniki te potwierdziły wcześniejsze badania, które autorzy przytoczyli w swoim artykule. Co ważne, wskazywały one nie tylko na podwyższony stres w okresie prenatalnym, ale też inne aspekty zdrowia psychicznego matek. Przykładowo depresja w czasie ciąży również wydaje się zwiększać ryzyko wystąpienia u potomstwa trudności z mówieniem<sup>24</sup>.

Choć powyższe badanie dotyczyło „stresu przeżywanego w okresie ciąży”, to jak najbardziej można odnieść go także do doświadczania przez kobietę przemocy domowej. Podkreślono to zresztą w innym badaniu, wyjaśniając: „Przemoc domowa ze strony partnera zwiększa stres matki, który jest powiązany z depresją i negatywnymi sposobami radzenia sobie (takimi jak nadużywanie substancji), co zwiększa ryzyko wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych i ciążyowych, negatywnie wpływa na więź matka-dziecko i może oddziaływać na zdolność matki do zapewnienia dziecku środowiska, które wspomaga rozwój neurologiczny i językowy” (Udo, Bronner i Hosain, 2017)<sup>25</sup>. Cytowane badanie oparto na wtórnej analizie danych z longitudinalnego badania DOVE (*Domestic Violence Enhanced Visita-*

tion), które prowadzono w latach 2006-2011 w USA. Porównywano skuteczność ustrukturyzowanej interwencji w zakresie przemocy domowej (interwencji DOVE) ze standardową opieką wśród kobiet i niemowląt. Przyniosło ono wiele ciekawych danych, w tym m.in. właśnie te pozwalające ocenić powiązanie przemocy prenatalnej z trudnościami w mówieniu i behawioralnymi u dzieci<sup>25</sup>.

### ▪ Zaburzenia więzi

Bardzo poważną i długofalową konsekwencją mogą być też trudności w budowaniu więzi pomiędzy matką a dzieckiem. Mogą pojawić się one już w okresie ciąży, gdy kobieta zaczyna rozwijać wewnętrzne reprezentacje swojego dziecka.

Bardzo ciekawie opisali to autorzy artykułu pt. „Developmental Consequences of Intimate Partner Violence on Children” (Bogat, Levendosky i Cochran, 2023). Opierając się na klasycznej teorii przywiązania J. Bowlby’ego i innych badaczach, wskazali, że mogą występować reprezentacje prenatalne, które są zrównoważone (ciepłe postrzeganie nienarodzonego dziecka i realistyczne wyobrażenia o sobie jako matce) lub niezrównoważone: niezaangażowana (brak zainteresowania ciążą/dzieckiem oraz sobą w roli matki) bądź zniekształcona (zniekształcone postrzeganie dziecka i siebie jako matki)<sup>19</sup>. Przytoczyli też longitudinalne badanie, które objęło kobiety w czasie ciąży, a następnie także ich dzieci (trwało do 10. roku ich życia). Wyniki były jasne – jeśli kobieta doświadczała w czasie ciąży przemocy ze strony partnera, częściej wykazywała niezrównoważone reprezentacje prenatalne. Po porodzie u tych kobiet częściej pojawiały się trudności rodzicielskie, a gdy ich dzieci miały rok, częściej obserwowano u nich



pozabezpieczny styl przywiązania<sup>19,20,21</sup>. Co jednak warto podkreślić – jeśli któraś z badanych kobiet zakończyła po urodzeniu dziecka związek z przemocowym partnerem, w wieku 4 lat dzieci częściej wykazywały bezpieczny styl przywiązania<sup>22</sup>!

### ▪ Problemy emocjonalne w dalszym życiu dziecka

Przytaczana w tym punkcie metaanaliza objęła 12 250 par dziecko-matka (która doświadczała w ciąży przemocy ze strony partnera; bez podziału ma różne formy przemocy). Wiek badanych dzieci wynosił od 10 miesięcy do 16 lat. Wykazano, że prawdopodobieństwo wystąpienia problemów internalizacyjnych u dzieci narażonych na przemoc prenatalną było dwukrotnie wyższe, a prawdopodobieństwo wystąpienia problemów eksternalizacyjnych było 1,9 razy wyższe w porównaniu z dziećmi matek nienarażonych na doświadczenie przemocy. Jako problemy internalizacyjne ujęto nastroje depresyjne, lęk, objawy somatyczne, zaś eksternalizacyjne – te wyrażające się nadpobudliwością, agresywnym i trudnym zachowaniem oraz przestępczością<sup>26</sup>.

Inna metaanaliza, którą opublikowano w 2024 w *Psychological Bulletin*, objęła 55 badań longitudinalnych. Jej wyniki wykazały istotny, choć niewielki wpływ stresu w okresie prenatalnym na zachowania eksternalizacyjne w późniejszym życiu dzieci. Co ważne, efekt pozostawał istotny nawet po uwzględnieniu stresu poporodowego, co wskazuje, że ten doświadczany w okresie ciąży ma szczególny wpływ na dziecko (nie miało znaczenia, w jakim momencie ciąży przyszła matka doświadczała stresu)<sup>27</sup>. Trzeba jednak podkreślić, że w dyskusji do tej analizy, jak i wielu innych obejmujących tę tematykę, podkre-

ślano, że konieczne są dalsze badania, zwłaszcza te longitudinalne, przeprowadzane na większych grupach i w bardziej usystematyzowany sposób. W tym przypadku trzeba więc szczególnie ostrożnie podchodzić do wyników, choć bez wątplenia są one alarmujące.

## MECHANIZMY BIOLOGICZNE A PRZEMOC W CIĄŻY

Co stoi za tak poważnymi konsekwencjami przemocy prenatalnej? W przypadku krzywdy fizycznej dość łatwo zrozumieć wszelkie powikłania. Jeśli jednak chodzi o stres psychiczny powiązany z przemocą domową, „pracuje” on na mniej oczywistych poziomach. Badacze wciąż starają się pogłębić ich rozumienie, stąd też pojawia się coraz więcej opisów mechanizmów, które potencjalnie mogą odpowiadać za różnego rodzaju patologie ciąży. Oto niektóre z hipotez:

- stres psychiczny odczuwany przez ciężarne może skutkować u nich dysregulacją na poziomie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA) oraz autonomicznego układu nerwowego (AUN). Efektem jest m.in. wzrost poziomów kortyzolu i adrenaliny, co może przekładać się na osłabiony przepływ krwi przez łożysko. W konsekwencji ograniczone jest dotlenienie i odżywienie płodu, a to może przekładać się m.in. na rozwój mózgu dziecka, w tym także jego osi HPA i dysregulacji w tym zakresie (oś HPA rozwija się już w drugim trymestrze ciąży)<sup>19</sup>;

- zwiększone uwalnianie kortyzolu przez łożysko może skutkować tym, że płód zacznie nadmiernie produkować prostaglandyny<sup>8</sup>.

To hormony wpływające m.in. na zmiękczenie i skrócenie szyjki macicy, a także jej skurcze. Ich nadmiar lub nieprawidłowe działanie mogą przyczyniać się do przedwczesnego porodu<sup>32</sup>;

- stres w ciąży może również skutkować wytwarzaniem cytokin prozapalnych, które także mogą stymulować nadmierną produkcję prostagladyn<sup>8,32</sup>. W kontekście pracy układu immunologicznego należy również pamiętać, że przewlekły stres zwiększa podatność na infekcje, a te same w sobie mogą być zagrażające dla płodu;
- przemoc stosowana przez partnera może też dodatkowo nasilać takie problemy zdrowotne ciężarnej, jak np. nadciśnienie<sup>31</sup>. To zaś może prowadzić do cukrzycy ciążowej, stanu przedrzucawkowego, zahamowania wzrostu płodu czy przedwczesnego porodu;
- stres prenatalny determinuje także proces metylacji DNA, co przekłada się na zmiany w ekspresji genów przyszłego dziecka<sup>8</sup>.

## MÓWMY: „SPRAWDZAM!”

Opisane kwestie nie wyczerpują tematu, a jak to wybrzmiewa w dużej części przytaczanych tu badań – prenatalna ekspozycja na przemoc wciąż jest niedostatecznie analizowana. Niestety, jest przy tym problemem niewidocznym, w tym niewidocznym dla statystyk. Udokumentowany jest jednak jej silnie negatywny wpływ na zdrowie nie tylko matek, ale i przyszłych dzieci, co powinno mobilizować do tworzenia określonych wytycznych, w tym np. obejmujących rutynowe badania przesiewowe w kierunku doświadczania przez ciężarne przemocy domowej. Tego typu rozwiązania warto rozważyć także chociażby dlatego, że „stosowanie przemocy pre-

natalnej jest ważnym predykatorem przemocy postnatalnej” (Otfinowska i Kubicka-Kraszyńska, 2012)<sup>10</sup>. Im zatem szybciej uda się ją zatrzymać, tym większa szansa na bezpieczny, zdrowy rozwój kolejnych pokoleń. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Moafi, F., Dolatian, M., Sajjadi, H., Alimoradi, Z., Mirabzadeh, A., Mahmoodi, Z. (2014). Domestic violence and its associated factors in Iran: According to World Health Organization model. *Pajoohandeh Journal*, 19(1), 25–36.
2. Kashif, M., Murtaza, K., Kirkman, M. (2010). Violence against women during pregnancy in some Asian countries: A review of the literature. *Italian Journal of Public Health*, 7(2). <https://doi.org/10.2427/5721>
3. Johnson, J.K., Haider, F., Ellis, K., Hay, D.M., Lindow, S.W. (2003). The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(3), 272–275. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.02216.x>
4. Almeida, F.S.J., Coutinho, E.C., Duarte, J.C., Chaves, C.M.B., Nelas, P.A.B., Amaral, O.P., Parreira, V.C. (2017). Domestic violence in pregnancy: Prevalence and characteristics of the pregnant woman. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2417–2425. <https://doi.org/10.1111/jocn.13756>
5. Finnbogadóttir, H., Dykes, A.K., Wann-Hansson, C. (2014). Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: A cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health*, 14, 63. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-63>
6. Maciel, M.N.A., Blondel, B., Saurel-Cubizolles, M.J. (2019). Physical violence during pregnancy in France: Frequency and impact on the health of expectant mothers and new-borns. *Maternal and Child Health Journal*, 23(9), 1108–1116. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02747-y>
7. Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, 275(24), 1915–1920. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530480057041>
8. Rzepczyk, S., Dolińska-Kaczmarek, K., Burchardt, B., Aurast, Z., Skowrońska, D., Hałasiński, P., Bielecka, A., Żaba, C., Moszyński, R. (2024). Characteristics of physical violence against pregnant women: Analysis of medico-legal data and literature review. *Ginekologia Polska*, 95(8), 636–642. <https://doi.org/10.5603/gpl.95904>
9. Makara-Studzińska, M., Lewicka, M., Sulima, M., Urbańska, A. (2013). Characteristics of women who have suffered from violence during pregnancy. *Polish Annals of Medicine*, 20(2), 106–109. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2013.09.002>
10. Otfinowska, A., Kubicka-Kraszyńska, U. (2012). Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i położu. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(1), 12–23. <https://dziekokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/515>

11. Pallitto, C.C., García-Moreno, C., Jansen, H.A., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>
12. Martin-de-las-Heras, S., Velasco, C., Luna, J. de D., Martin, A. (2015). Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study. *Women and Birth*, 28(2), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.003>
13. Bagheri, R., Farahani, F.K., Ebrahimi, M. (2023). Domestic violence and its impact on abortion in Iran: Evidence from a nationally representative survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(15-16), 9492–9513. <https://doi.org/10.1177/08862605231168824>
14. Altarac, M., Strobino, D. (2002). Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 57(4), 208–214.
15. Nawangwulan, D., Murti, B., Pamungkasari, E.P. (2024). Physical intimate partner violence in pregnant women and its risk on low birth weight: A meta-analysis. *Journal of Maternal and Child Health*, 9(2), 248-259. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2024.09.02.11>
16. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO.
17. Gebreslasie, K.Z., Gebre, G., Zenebe, D., Nardos, R., Birhane, A. (2024). Intimate partner violence during pregnancy and its association with birth asphyxia in hospitals of Tigray region, Ethiopia. *BMC Pediatrics*, 24, 113. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04585-6>
18. Shah, P.S., Shah, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Women's Health*, 19(11), 2017–2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>
19. Bogat, G.A., Levendosky, A.A., Cochran, K. (2023). Developmental consequences of intimate partner violence on children. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 303–329. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-013634>
20. Huth-Bocks, A.C., Levendosky, A.A., Bogat, G.A., von Eye, A. (2004a). Infant–mother attachment: The impact of prenatal maternal representations and social support in a high-risk sample. *Child Development*, 75(2), 480-496. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00688.x>
21. Huth-Bocks, A.C., Levendosky, A.A., Theran, S.A., Bogat, G.A. (2004b). The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 25(2), 79-98. <https://doi.org/10.1002/imhj.10089>
22. Huth-Bocks, A.C., Theran, S.A., Levendosky, A.A., Bogat, G.A. (2011). A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant–mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(4), 405–426. <https://doi.org/10.1002/imhj.20301>
23. Toso, K., de Cock, P., Leavey, G. (2020). Maternal exposure to violence and offspring neurodevelopment: A systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 34(2), 190-203. <https://doi.org/10.1111/ppe.12651>

24. D'Souza, S., Crawford, C.N., Buckley, J., Underwood, L., Peterson, E.R., Bird, A., Morton, S.M.B., Waldie, K.E. (2019). Antenatal determinants of early childhood talking delay and behavioural difficulties. *Infant Behavior and Development*, 57, 101388. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101388>
25. Udo, I.E., Sharps, P., Bronner, Y., Hossain, M.B. (2016). Maternal intimate partner violence: Relationships with language and neurological development of infants and toddlers. *Maternal and Child Health Journal*, 20(7), 1424–1431. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1940-1>
26. Silva, E.P., Lemos, A., Andrade, C.H.S., & Ludermir, A.B. (2018). Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: A meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 94(5), 471–482. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.01.007>
27. Tung, I., Hipwell, A.E., Grosse, P., Battaglia, L., Cannova, E., English, G., Quick, A.D., Llamas, B., Taylor, M., Foust, J.E. (2024). Prenatal stress and externalizing behaviors in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 150(2), 107–131. <https://doi.org/10.1037/bul0000407>
28. Berhanie, E., Gebregziabher, D., Berihu, H., Gerezgiher, A., Kidane, G. (2019). Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: A case-control study. *Reproductive Health*, 16(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0670-4>
29. Coker, A.L., Sanderson, M., & Dong, B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(4), 260–269. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x>
30. Yost, N.P., Bloom, S.L., McIntire, D.D., Leveno, K.J. (2005). A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 106(1), 61–65. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000164468.06070.2a>
31. Kempieńska, U., Malinowski, J. (2020). Przemoc wobec kobiet w ciąży – przyczyny, skutki i możliwości wsparcia. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, 41(1), 75–86. <https://doi.org/10.21852/sem.2020.1.06>
32. Shapiro, G.D., Fraser, W.D., Frasch, M.G., Séguin, J.R. (2013). Psychosocial stress in pregnancy and pre-term birth: Associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(6), 631–645. <https://doi.org/10.1515/jpm-2012-0295>



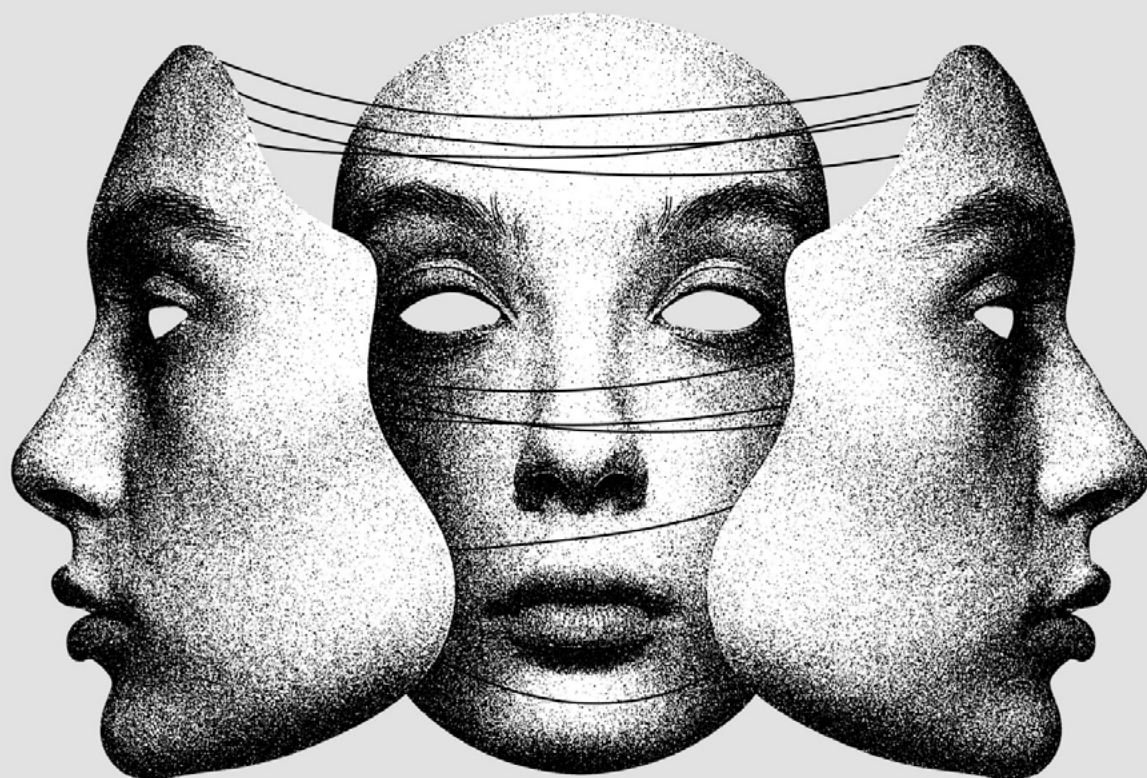
**KATARZYNA MIŁKOWSKA**

– redaktorka naczelna e-pisma „Niebieska Linia”.



# GŁOS UCIŚNIONYCH

Teatr Augusto Boala jako  
narzędzie przeciwdziałania  
przemocy domowej





Przemoc domowa to jedno z najbardziej złożonych i bolesnych zjawisk społecznych. Niestety, tradycyjne metody interwencji często okazują się wobec niej niewystarczające, a szukanie nowych, humanistycznych podejść, które budują świadomość, sprawczość i wspólnotę, staje się priorytetem. Jednym z pomocnych narzędzi może być teatr społeczny, a w szczególności Teatr Augusto Boala.

**JUSTYNA KOTOWICZ**

**S**kala przemocy domowej wciąż pozostaje niedoszacowana, ponieważ wiele osób doświadczających krzywdy nie decyduje się na jej ujawnienie ani zgłoszenie do odpowiednich organów. Alarmująca jest jednak stale rosnąca liczba zgłoszeń dotyczących przemocy wobec dzieci i młodzieży zarówno w 2023, jak i 2024 roku<sup>1</sup>. Jeśli zaś chodzi o dorosłych, przemoc dotyka zwłaszcza kobiety i seniorów, choć ofiarami są także mężczyźni. Statystyki wskazują na konieczność rozwoju skuteczniejszych narzędzi prewencji, a także wsparcia dla osób doświadczających przemocy domowej i ich rodzin<sup>2</sup>.

## TEATR AUGUSTO BOALA JAKO NARZĘDZIE ZMIANY SPOŁECZNEJ

Teatr Augusto Boala, często określany jako Teatr Uciśnionych (ang. *Theatre of the Oppressed*), a zwłaszcza jego najbardziej znana forma, czyli Teatr Forum, stanowi wyjątkowe podejście do sztuki, które wykracza poza tradycyjne ramy estetyki i rozrywki, stając się potężnym narzędziem demokratycznego dialogu oraz przemiany – zarówno indywidualnej, jak i społecznej.

Augusto Boal, brazylijski reżyser i teoretyk teatru, stworzył swoje metody w odpowiedzi na głębokie nierówności społeczne oraz doświadczenie życia w systemach autorytarnych. Jego praca była formą sprzeciwu wobec dominujących struktur władzy i próbą odnalezienia alternatywnych, bardziej inkluzywnych sposobów komunikowania się poprzez sztukę.

Boal zakwestionował tradycyjne, hierarchiczne modele teatru, w których aktorzy „grają dla widzów”, a ci pozostają tylko biernymi obserwatorami. Fundamentalne założenie Teatru Forum opiera się bowiem na przełamaniu bariery pomiędzy sceną a widownią, angażując publiczność w aktywne współtworzenie teatralnej rzeczywistości i poszukiwanie rozwiązań dla pojawiających się w danej sztuce problemów. Teatr Forum zaprasza tym samym do roli „widzo-aktora” (ang. *spect-actor*), umożliwiając nie tylko obserwację, ale też działanie, które realnie może wpłynąć na kształt prezentowanych scen. To krok ku temu, by wyobrazić sobie inny świat. Co więcej: by uwierzyć, że można go współtworzyć – i to nie tylko na scenie, lecz także w prawdziwym życiu.

Inspiracją dla Boala była pedagogika wyzwolenia Paulo Freire’a. To myślenie zakorzenione w dialogu, budzeniu świadomości i odkrywaniu mocy sprawczej zwykłego człowieka. Freire widział w edukacji proces przebudzenia, Boal w ten sposób postrzegał teatr – jako budzenie z bierności, milczenia, uwewnętrznionej bezradności.

Techniki Teatru Uciśnionych są wykorzystywane przez tysiące grup teatralnych na całym świecie, a także przez organizatorów społeczności do demokratyzacji organizacji, analizowania problemów społecznych i przekształcania rzeczywistości poprzez bezpośrednie działania.

## PODSTAWOWE ZASADY I METODOLOGIA TEATRU FORUM

Centralnym elementem metody Teatru Forum jest **interakcja i improwizacja**. Zamiast klasycznego scenariusza, mamy zarys sytuacyjny, który tworzy elastyczną strukturę do pracy. Każdy spektakl przebiega według określonego schematu, ale jego zawartość za każdym razem ulega zmianie – zależy bowiem od aktywności widzów i ich propozycji alternatywnych rozwiązań.

Kluczową rolę odgrywa **Dżoker – facylitator**, który nie tylko koordynuje działania sceniczne, ale przede wszystkim moderuje refleksję i wspiera uczestników w procesie analizy oraz poszukiwaniu nowych sposobów reagowania. Pomaga w poszukiwaniu informacji w samych sobie, jak i innych. To osoba obdarzona wysokim poziomem kompetencji interpersonalnych, empatii i zdolności przywódczych. Facylitator inicjuje dialog, zadaje pytania, prowokuje do namy-

słu, ale nie narzuca interpretacji. Jego zadaniem jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni do eksploracji doświadczeń i wzmacniania sprawczości uczestników.

Teatru Forum opiera się na wielu technikach wspierających proces transformacji i uczenie się poprzez działanie. Do najważniejszych należą:

- **„Gorące krzesła”** – wybrana postać z przedstawienia siada na specjalnie wyznaczonym krześle i odpowiada na kierowane do niej pytania dotyczące motywacji, emocji i sytuacji, np. dlaczego się tak zachowuje, co czuje lub jakie ma relacje z innymi postaciami. Pozwala to na pogłębienie rozumienia motywacji bohaterów oraz umożliwia wspólne szukanie rozwiązań konfliktów.

- **Odgrywanie alternatywnych scenariuszy** – uczestnicy, często w podgrupach, opracowują i prezentują inne możliwe zakończenia scen problemowych, testując ich skuteczność na oczach pozostałych osób.

- **Improwizacja** – fundament metody, który pozwala uczestnikom na spontaniczne reagowanie, dzielenie się własną wiedzą, testowanie postaw i podejmowanie decyzji w warunkach symulacyjnych, wzbogacając tym samym sztukę o bieżące doświadczenia własne oraz innych uczestników. Daje ona możliwość doświadczania na własnej skórze, jak cenna jest umiejętność patrzenia na świat szerzej niż tylko przez pryzmat osobistych przeżyć i opinii.

- **Model komunikacji FUP (Fakty, Uczucia, Potrzeby)** – narzędzie do ćwiczenia konstruktywnego wyrażania emocji i potrzeb w trudnych sytuacjach, wzmacniające świadomość komunikacyjną i empatyczne słuchanie.

## KONCEPCJA „UCISKANEGO” I „UCISKAJĄCEGO”

Rdzenną ideą Teatru Uciśnionych jest uwidocznienie oraz przepracowanie relacji opartej na władzy i opresji. Chociaż w kontekście metody Boala źródła nie definiują tych terminów wprost, to koncepcja ofiary i sprawcy jest fundamentalna w analizie **przemocy domowej**. Teatr Forum, poprzez dynamiczną interakcję, pozwala „uciskanym” (osobom doświadczającym przemocy) na symboliczne odzyskanie głosu i sprawczości, a „uciskającym” (osobom stosującym przemoc) lub świadkom na konfrontację z konsekwencjami swoich działań lub bierności. Teatr staje się narzędziem do wyjścia z roli osoby krzywdzonej i poszkodowanej na rzecz osoby skutecznie broniącej oraz egzekwującej przestrzeganie Praw Człowieka.

Dodatkowo w Teatrze Forum, podobnie jak w dramie, kluczową rolę odgrywa **refleksja** nad doświadczeniem. Służy temu przerywanie akcji przez prowadzącego, co ma na celu umożliwienie grającemu dokonania świadomej prezentacji motywów stojących za jego działaniami. Innym kluczowym elementem jest **grupa** sama w sobie – stanowi przestrzeń i matrycę dla doświadczeń uczestników, umożliwiając wspólną i intensywną pracę nad budowaniem postaci (np. osoby doświadczającej przemocy domowej) i identyfikowanie się z nią. W rozumieniu socjoterapii, metoda ta bazuje na mechanizmie konfliktu wewnętrznego, który stwarza jednostce możliwość wyboru pomiędzy negatywnym a pozytywnym zachowaniem.

W odróżnieniu od niektórych tradycyjnych metod teatralnych (np. systemu Stanislawskiego), które mogą opierać się na nieuświadomo-

nych impulsach i prowadzić do nadmiernej ekspozycji emocjonalnej, Teatr Forum promuje świadome, refleksyjne podejście. Celem nie jest wywołanie silnych przeżyć dla samego efektu, ale stworzenie przestrzeni, w której emocje są rozpoznane, nazwane i prowadzą do działania, a nie jego paraliżu. W tym kontekście niezwykle istotna jest rola wspomnianego facylitatora – dba on o bezpieczeństwo psychiczne uczestników, zwłaszcza że praca z materiałem dotyczącym opresji czy przemocy domowej może aktywować trudne doświadczenia. Komunikacja niewerbalna – gesty, mimika, dystans – bywa nośnikiem treści równie istotnym jak słowo. Przejawy agresji w przestrzeni scenicznej, takie jak podniesiony głos czy gwałtowne ruchy, powinny być interpretowane jako element ekspresji, ale też jako sygnały, które wymagają odpowiedniego moderowania.

## **PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY DOMOWEJ A TRANSFORMACYJNY POTENCJAŁ TEATRU FORUM**

W polskich realiach teatroterapia, a także techniki Teatru Forum, są dość szeroko wykorzystywane w działaniach profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych – szczególnie w pracy z młodzieżą i młodymi dorosłymi. Przykłady można znaleźć w spektaklach realizowanych w szkołach i poza nimi, które poruszają tematykę agresji, uzależnień, zdrowia psychicznego, przemocy domowej czy przemocy w relacjach ogólnie<sup>3,4,5,6</sup>. Jednym z rozpoznawalnych podmiotów, które profesjonalnie zajmują się tą formą pracy, jest organizacja Drama Way – od lat rozwija metodologię Teatru Forum w polskim kontekście społecznym i kulturowym.



Teatr Forum operuje na wielu poziomach – emocjonalnym, społecznym i poznawczym – a jego oddziaływanie wykracza daleko poza scenę. Oto niektóre z kluczowych korzyści, jakie niesie ze sobą ta forma pracy:

- **rozwój empatii i poszerzenie perspektywy** – uczestnicy uczą się patrzeć na świat szerzej niż tylko przez pryzmat własnych przeżyć i przekonań. Dialogiczna natura Teatru Forum otwiera przestrzeń do poznawania odmiennych punktów widzenia i głębszego rozumienia złożoności relacji międzyludzkich;

- **doskonalenie komunikacji** – ćwiczenia, w szczególności te z użyciem modelu FUP (Fakty, Uczucia, Potrzeby), pomagają w konstruktywnym wyrażaniu emocji i potrzeb, rozwijając jednocześnie język empatycznego porozumiewania się;

- **wzmacnianie poczucia sprawczości i odpowiedzialności** – zaangażowanie w poszukiwanie rozwiązań i odgrywanie alternatywnych scenariuszy wzmacnia poczucie kompetencji oraz współodpowiedzialności za kształt wspólnej rzeczywistości. Dla wielu młodych osób to możliwość odnalezienia swojego miejsca w grupie i doświadczenia satysfakcji z bycia jej częścią;

- **przeciwdziałanie wykluczeniu, uzależnieniom i przemocy** – teatr pełni funkcję edukacyjną i profilaktyczną. Promuje zdrowy styl życia, rozwija świadomość emocjonalną, przeciwdziała zachowaniom ryzykownym. Stanowi także wsparcie w zapobieganiu depresji i myślom samobójczym, szczególnie wśród młodzieży, oferując alternatywne ścieżki ekspresji i kontaktu ze sobą oraz innymi;

- **odreagowanie emocjonalne i wsparcie psychiczne** – działania sceniczne dają możliwość bezpiecznego uwalniania napięć, prze-

pracowywania złości, lęku i frustracji. Przestrzeń teatru staje się w tym kontekście miejscem emocjonalnego wyładowania i poszukiwania korektywnych doświadczeń;

- **budowanie pozytywnego obrazu siebie** – uczestnictwo w procesie teatralnym, otrzymywanie informacji zwrotnej, bycie zauważonym i docenionym – wszystko to sprzyja wzmacnianiu samooceny i poczucia własnej wartości. Teatr daje szansę, by poczuć się lubianym, ważnym i potrzebnym;

- **teatr jako „kulturotechnika” zmiany** – w wymiarze socjoterapeutycznym teatr staje się przestrzenią, w której możliwe jest „tworzenie nowego człowieka” – podmiotu, który opowiada o sobie poprzez scenę, nie tylko odtwarza, ale przeobraża swoją osobistą narrację, zmienia trajektorię dotychczasowego funkcjonowania;

- **multimodalność** – łączenie ruchu, słowa, obrazu, dźwięku sprawia, że środek wyrazu może być precyzyjnie dopasowany do potrzeb danej osoby, niezależnie od jej wieku, możliwości czy historii życiowej.

Teatr Forum oferuje głęboko transformujący potencjał, pomaga w radzeniu sobie z wewnętrznym chaosem, przebudowuje struktury, otwierając drogę do lepszej samowiedzy i bardziej świadomego funkcjonowania w życiu.

## OGRANICZENIA I WYZWANIA ETYCZNE

Wykorzystywanie teatru, w tym także Teatru Forum, w działaniach wspierających i terapeutycznych, choć niezwykle wartościowe i przynoszące wymierne korzyści, wiąże się z istotnymi ograniczeniami oraz

poważnymi wyzwaniami etycznymi, które wymagają świadomego podejścia, pogłębionej refleksji oraz odpowiedzialnego prowadzenia procesu. Niezbędna jest tu nie tylko znajomość technik teatralnych, ale przede wszystkim wysoka wrażliwość na kondycję psychiczną uczestników i profesjonalne przygotowanie prowadzącego.

## **RYZIKO RETRAUMATYZACJI**

Jednym z najważniejszych zagrożeń jest ryzyko niezamierzonego odtworzenia trudnych lub traumatycznych doświadczeń. Niewłaściwie zaplanowane lub poprowadzone działania teatralne mogą uruchamiać emocje związane z dawnymi zranieniami – lękiem, wstydem, upokorzeniem, bezradnością. Dzieje się tak głównie w momentach, gdy na scenie zaczynają być odgrywane sytuacje zbyt bliskie osobistym doświadczeniom uczestników, bez ich świadomej decyzji udziału i odpowiedniego do tego przygotowania. To, co z zewnątrz może wyglądać na pracę sceniczną, dla osoby będącej wewnątrz procesu może być powrotem do emocjonalnych miejsc, które nie zostały jeszcze przepracowane. Właśnie dlatego tak ogromne znaczenie ma **rola facylitatora** – osoby prowadzącej grupę. Jej kompetencje powinny znacznie wykraczać poza umiejętności typowe dla animatora czy instruktora teatralnego. Wskazane jest, by była to osoba z przygotowaniem psychologicznym, pedagogicznym, socjoterapeutycznym lub terapeutycznym – ktoś, kto potrafi tworzyć bezpieczną przestrzeń i jednocześnie rozumie mechanizmy psychiczne, jakie mogą się uruchomić w trakcie pracy sceniczej. Do podstawowych zadań facylitatora należą:

- budowanie relacji opartej na zaufaniu, życzliwości i autentycznej trosce o uczestników;
- uważna diagnoza potrzeb i możliwości uczestników oraz trafne rozpoznanie kontekstu ich sytuacji życiowej. Taka diagnoza jest fundamentem sensownie zaplanowanych działań i dobrania odpowiedniej dla danej grupy dynamiki;
- umiejętność prowokowania refleksji poprzez trafne pytania i komentarze tak, by uczestnicy mogli spojrzeć na sytuację z nowej perspektywy i pogłębić rozumienie problemu;
- zachowanie równowagi pomiędzy empatią a konsekwencją – facylitator powinien być wyrozumiały, ale jednocześnie stanowczy, pewny siebie i konsekwentny w przestrzeganiu zasad bezpieczeństwa;
- posiadanie szerokiej wiedzy na temat problemów, które mogą się pojawić w grupie, takich jak przemoc i jej rodzaje, samookaleczenia, próby samobójcze, uzależnienia czy zaburzenia psychiczne.

## **DYLEMATY ZWIĄZANE Z PRZEDSTAWIANIEM PRZEMOCY NA SCENIE I INNE KWESTIE ETYCZNE**

Szczególną ostrożność należy zachować przy pracy z wątkami przemocy – zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Teatr, jako medium silnie oddziałujące na emocje i wyobraźnię, ma ogromny wpływ na sposób, w jaki uczestnicy postrzegają świat. Jego rolą powinno być jednoznaczne odrzucanie przemocy, obnażanie jej mechanizmów i skutków, a nie – nawet nieświadome – jej legitymizowanie czy estetyzowanie. Szczególnie niebezpieczne są sytuacje, w których prze-

moc ukazywana jest jako „uzasadniona”, atrakcyjna, a osoba ją stosująca pozostaje bezkarna lub wywołuje sympatię. Równie groźne może być przedstawienie brutalności bez pokazania jej konsekwencji – bólu, cierpienia, zniszczenia więzi czy traumy. Takie zabiegi, jeśli nie są opatrzone odpowiednim komentarzem i nie prowadzą do refleksji, mogą utrwalać w uczestnikach niepożądane wzorce myślenia i reagowania.

Warto zatem podkreślić: teatr – zwłaszcza teatr zaangażowany społecznie – nie powinien służyć ani oswajaniu, ani bagatelizowaniu przemocy. Jego zadaniem jest budzenie świadomości, uruchamianie myślenia krytycznego i otwieranie przestrzeni do zmiany. Pokazywanie przemocy ma sens tylko wtedy, gdy służy wypracowaniu konstruktywnych sposobów radzenia sobie z nią i wzmocnieniu zasobów, które temu sprzyjają – ma ją rozbrajać, a nie wzmacniać!

## ZMIANA SPOŁECZNA I PROFILAKTYKA PRZEMOCY

Teatr Uciśnionych Augusto Boala – szczególnie w formie Teatru Forum – to coś więcej niż artystyczne wydarzenie. To przestrzeń, w której dialog, wspólne przeżycia i współtworzenie rzeczywistości stają się punktem wyjścia do zmiany – wewnętrznej i społecznej. Tu nie chodzi o spektakl z gotowym scenariuszem, lecz o żywy proces, który pozwala uczestnikom dotknąć tego, co trudne, a następnie zacząć to przekształcać. Boalowska scena, otwarta na głos widza, sprzyja rozwojowi empatii, zaufania i poczucia wspólnoty – szczególnie cennych w pracy z osobami doświadczającymi przemocy domowej lub narażonymi na nią. Umożliwia nie tylko wyrażenie emocji, ale też odbudo-

wanie obrazu siebie, daje poczucie bycia wysłuchanym i widzianym. Teatr staje się tu **przestrzenią, w której można symbolicznie powiedzieć uciskowi, samotności i przemocy „nie”**.

W działaniach profilaktycznych Teatr Forum łączy funkcje edukacyjne, integracyjne i terapeutyczne. Uczy, jak reagować, rozpoznawać przemoc i jak jej przeciwdziałać – nie poprzez nakaz, lecz przez doświadczenie. Wzmacnia kompetencje emocjonalne i społeczne, rozwija świadomość, uruchamia poczucie sprawczości. To narzędzie, które – poprzez sceniczne „opowiedzenie siebie” – pozwala zacząć pisać nowy rozdział. Własny, świadomy i wolny od lęku. ■

#### BIBLIOGRAFIA:

1. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia/artykuly/9769788,drastyczny-wzrost-przemocy-wobec-dzieci-dwa-lata-i-25-razy-wiecej-zg.html>
2. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/przeciwdzialanie-przemocy-domowej-niebieskie-karty.html>
3. <https://pcpr.powiat.rzeszowski.pl/profilaktyka-to-nasza-taktyka-program-oslonowy-oik-w-gornie/>
4. <https://samorząd.gov.pl/web/zsp-ksiaznice/teatrzyk-profilaktyczny---9112023>
5. <https://publicystyka.ngo.pl/zareaguj-teatr-forum-przeciwko-przemocy-w-szkole-cykl-spektakli-w-szkolach-w-malopolsce>
6. Witerska, K. (2014). Teatr Forum – teatr zmiany społecznej, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, t. XXXIII, (2014).

#### ŹRÓDŁA DODATKOWE:

Boal, A. (2014). Gry dla aktorów i nie aktorów. Warszawa: Wydawnictwo Cyklady, Drama Way Fundacja Edukacji i Kultury.

Forysiewicz, B. (2020). Forum Theatre in the prevention of exclusion from a peer group in the school space, *Journal of Education Culture and Society* No. 2.

Kostyra, M. (2020). Teatr jako metoda pracy wspierająca rozwój społeczno-moralny. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Polysiewicz, B., Polakowska, M. (2020). Teatr jako kulturotechnika w socjoterapii. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.



Rae, M.M. (2012). *Theatre of the Oppressed: Transitioning Feminist Pedagogy from Theory to Praxis*, Cornerstone, Minnesota.

Suchan, M.Z. (2022). Teatrotterapia a prewencja depresji u młodzieży. *Kultura i Wychowanie*, nr 2(22).

Suchocka, A. (2021). Więcej niż teatr – Teatr Forum jako przykład edukacji teatralnej”, *Colloquium Pedagogika – Nauki o Polityce i Administracji*, Kwartalnik 4(44).

Tłuściak-Deliowska, A. (2024). Eksperci w zakresie przemocy rówieśniczej – metodologiczne i etyczne aspekty prowadzenia badań z uczniami jako uczestnikami i współbadaczami. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, Vol. 23 Nr 4.



### JUSTYNA KOTOWICZ

– psycholożka, psychoterapeutka, trenerka umiejętności miękkich, coachka rodzicielska, terapeutka przez sztukę. Prowadzi Nove Centrum Rozwoju w Bielsku Podlaskim.

# ZNIEWAŻENIE A ZNIESŁAWIENIE

## Perspektywa przemocy domowej



Wiele osób nie wie, że zniesławienie i znieważenie to dwa odrębne przestępstwa. Warto jednak rozumieć różnice pomiędzy nimi, zwłaszcza że niektóre z zachowań wchodzących w ich zakres bez wątpienia mogą wpisywać się w definicję przemocy domowej (w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej).

**DAMIAN APTOWICZ**

**XX** | wiek to intensywny rozwój technologii informacyjnej oraz środków porozumiewania się na odległość. W efekcie pojawiają się także nowe zagrożenia, w tym naruszanie dóbr osobistych, do którego dochodzi na skutek publikowania nieprawdziwych informacji dotyczących konkretnej osoby bądź zjawiska czy szerzej – dezinformacji społecznej. Niektóre z tych zachowań bez wątpienia mogą wpisywać się w definicję przemocy domowej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (zwanej dalej „ustawą”)¹. W szczególności można to odnieść do tzw. cyberprzemocy czy też przemocy na odległość, przez którą rozumie się przede wszystkim zachowania istotnie naruszające prywatność danej osoby, działania wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej

zgodnie z art. 2 ust., 1 pkt 1 lit. e ustawy. Część z tych zachowań może wypełniać znamiona przestępstwa zniesławienia bądź znieważenia, które w opinii publicznej są traktowane jako wyrażenia synonimiczne. W istocie stanowią dwa oddzielne przestępstwa, które zostały uregulowane w odrębnych regulacjach prawnych, tj. odpowiednio art. 212 oraz art. 216 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny<sup>2</sup>.

Chociaż oba czyny zabronione zostały umieszczone w różnych jednostkach redakcyjnych, mają wspólny przedmiot ochrony, którym jest cześć i prawo do dobrego imienia: „Cześć człowieka, będąca przedmiotem ochrony tak przepisów art. 212 § 1 i 2 k.k. (cześć zewnętrzna, (przedmiotowa)), jak i przepisów art. 216 § 1 i 2 k.k. (cześć wewnętrzna (podmiotowa), czyli godność)) jest wszak dobrem osobistym (art. 23 k.c.)”<sup>3</sup>, co z kolei wpasowuje się również w inną (przykładową) definicję przemocy domowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy. Wskazuje on, że przemocą domową może być również działanie naruszające godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną osoby doznającej przemocy domowej.

## PRZESTĘPSTWO ZNIESŁAWIENIA

Zgodnie z art. 212 § 1 k.k., kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Ustawodawca przewidział również tzw. typ kwalifikowany (tj. przewidziano wyższą karę) tegoż przestęp-

stwa – jeżeli czyn zniesławienia został popełniony za pomocą środków masowego komunikowania, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 212 § 2 k.k.).

Co należy rozumieć przez ochronę czci w rozumieniu art. 212 § 1 k.k.? Dosyć precyzyjnie wskazał to Sąd Najwyższy: „W tym kontekście przypomnieć należy, że przedmiotem ochrony przepisu art. 212 § 1 k.k. jest cześć i godność osoby pomawianej o postępowanie lub właściwości, które są sprzeczne z prawem, z zasadami etyki, w tym etyki zawodowej, oraz np. o brak kompetencji lub zdolności do wykonywania danego zawodu”<sup>4</sup>.

Podobnie SN w innej uchwale: „Znamieniem przestępstwa określonego w art. 212 § 1 k.k. jest zachowanie sprawcy polegające na **pomawianiu, tj. przypisywaniu pomawianemu czegoś, co jest oceniane negatywnie i co w konsekwencji może doprowadzić do jego poniżenia w opinii publicznej lub może narazić go na utratę zaufania potrzebnego do danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności**. Jednak o zniesławiającym charakterze wiadomości przekazywanych przez sprawcę nie decyduje subiektywne poczucie pokrzywdzonego, lecz wyłącznie ocena obiektywna, tj. stwierdzenie, czy w odczuciu społecznym jest to zniesławienie. Nie wyczerpuje znamion zniesławienia zachowanie polegające na wyrażaniu opinii w ramach wykonywania uprawnień i obowiązków, z wyjątkiem sytuacji, gdy są one świadomie nieprawdziwe, a formułujący je działa w zamiarze ugodzenia w dobre imię lub podważania zaufania do osoby opiniowanej”<sup>5</sup>.

Uwzględniając powyższe poglądy prawne, zniesławienie polega zatem na przedstawieniu takich informacji, opinii czy poglądów, których odebranie przez pozostałe podmioty naraża osobę, grupę osób,

instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej na utratę zaufania jednostki, której dotyczy owa informacja, opinia czy pogląd z uwagi na jej nieprawdziwy charakter. Zachowanie to może polegać m.in. na przedstawieniu informacji dotyczących postępowania naganego czy sprzecznego z zasadami współżycia społecznego, opinie narażające pokrzywdzonego na poniżenie czy dążenie do poniżenia w opinii publicznej<sup>6</sup>. Co ważne, przedstawione informacje, opinie czy poglądy powinny być świadomie nieprawdziwe, a osoba, która je przedstawia, celowo dąży do ugodzenia w dobre imię czy zaufanie podmiotu, którego pomówienie dotyczy<sup>7</sup>.

Aby jednak przybliżyć znaczenie przestępstwa zniesławienia, najlepiej wskazać kilka przykładów z praktyki orzeczniczej sądów powszechnych, kiedy stwierdzono popełnienie tegoż przestępstwa. Przykładowymi zachowaniami są m.in.:

**A)** opublikowanie na portalu społecznościowym zdjęć osoby fizycznej oraz jej rodziny, wskazując na możliwość wyłudzenia przez tę osobę dużej ilości pieniędzy<sup>8</sup>,

**B)** opublikowanie na stronie internetowej przedsiębiorcy informacji, że tworzy strony na złych szablonach i bezkarnie okrada ludzi<sup>9</sup>,

**C)** opublikowanie na platformie społecznościowej informacji, jakoby konkretny przedsiębiorca sprzedawał produkty podrobione<sup>10</sup>.

## PRZESTĘPSTWO ZNIEWAŻENIA

Jak wskazuje art. 216 § 1 k.k., kto znieważa inną osobę w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub w zamiarze,

aby zniewaga dotarła do tejże osoby, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Podobnie jak przy zniesławieniu, tutaj również została przewidziana surowsza odpowiedzialność karna – jeżeli czyn znieważenia został popełniony za pomocą środków masowego komunikowania, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 216 § 2 k.k.).

Aby zrozumieć istotę przestępstwa znieważenia, warto zwrócić uwagę na fragment jednego z orzeczeń Sądu Najwyższego: **„Przestępstwo zniewagi polega na użyciu słów obelżywych lub sformułowanie zarzutów obelżywych lub ośmieszających, postawionych w formie niezracjonalizowanej. O uznaniu określonych sformułowań za „znieważające” decydują w pierwszym rzędzie ogólnie przyjęte normy obyczajowe”<sup>11</sup>.**

W literaturze wskazano również, że **także zachowania mające tło molestowania seksualnego mogą wypełniać znamiona przestępstwa znieważenia:** „W szczególności mogą to być nieprzyzwoite propozycje, gesty, znaki lub miny oraz wszelkie epitety, które wyrażają lekceważenie i pogardę dla człowieczeństwa ofiary traktowanej jako obiekt seksualny. Sprawca może posługiwać się słowami wulgarnymi lub powszechnie uznanymi za obraźliwe, mogą to być jednak słowa, które dopiero w pewnej sytuacji zostaną uznane za znieważające”<sup>12</sup>.

Istotą przestępstwa znieważenia jest przede wszystkim zaatakowanie czyjejś godności, wyrażenie braku szacunku, naśmiewanie się czy drwienie z konkretnej osoby. W przeciwieństwie do przestępstwa zniesławienia, sprawca przestępstwa nie przypisuje pokrzywdzonemu pewnych zachowań, lecz częściej odnosi się do wykazania pogardy w odniesieniu do konkretnej osoby.



Podobnie jak w poprzednim akapicie, aby przybliżyć naturę przestępstwa znieważenia, najlepiej wskazać kilka przykładów z praktyki orzeczniczej sądów powszechnych, w której stwierdzono popełnienie tegoż przestępstwa. Za przykładowe karalne zachowania można m.in. wskazać.:

**A)** posłużenie się zwrotem: „A ty Arab, nie uczyli cię, co oznacza ten znaczek” w celu podważenia kultury i edukacji innych grup etnicznych<sup>13</sup>,

**B)** umieszczanie wpisów na portalu społecznościowym, w których opisano konkretną osobę za pomocą słów powszechnie uznawanych za obelżywe oraz oznaczanie tej osoby w poście<sup>14</sup>.

W praktyce może jednak dochodzić do sytuacji, w której sprawca jednym zachowaniem popełnia oba opisywane tu przestępstwa. Może to wyrażać się m.in. w sytuacji, w której sprawca przestępstwa zwraca się do pokrzywdzonego sformułowaniami powszechnie uznawanymi za obelżywe, zarzucając równocześnie w swojej wypowiedzi prowadzenie rozwiązłego trybu życia seksualnego<sup>15</sup>.

## POZOSTAŁE ASPEKTY PRZESTĘPSTWA ZNIEWAŻENIA I ZNIESŁAWIENIA

Oba przestępstwa mogą zostać popełnione wyłącznie umyślnie, co wynika z zapisu art. 8 k.k. Zarówno przestępstwo znieważenia, jak i zniesławienia, **są ścigane z oskarżenia prywatnego**. Jednak na podstawie art. 60 § 1 k.p.k., w sprawach o przestępstwa ścigane z oskarżenia prywatnego, postępowanie wszczyna prokurator albo wstępuje

do już wszczętego postępowania jako oskarżyciel publiczny – dotyczy to sytuacji, gdy wymaga tego ochrona praworządności lub interes społeczny.

W odniesieniu do obu opisywanych tu przestępstw, stosownie do art. 101 § 2 k.k., karalność przestępstwa ściganego z oskarżenia prywatnego ustaje z upływem roku od czasu, gdy pokrzywdzony dowiedział się o osobie sprawcy przestępstwa, **nie później jednak niż z upływem 3 lat od czasu jego popełnienia**. W przypadku skazania za popełnienie przestępstwa zniesławienia (niezależnie od tego, w jaki sposób zostało popełnione) bądź za przestępstwo znieważenia, które zostało popełnione za pomocą środków masowego komunikowania, sąd może orzec nawiązkę na rzecz pokrzywdzonego, Polskiego Czerwonego Krzyża albo na inny wskazany przez pokrzywdzonego cel społeczny (art. 212 § 3 i art. 216 § 4 k.k.). Wysokość nawiązki zgodnie z art. 48 k.k. wynosi do 100 000 złotych, chyba że przepisy przewidziały inną wysokość.

Warto zwrócić uwagę, że jeśli przestępstwo znieważenia bądź zniesławienia popełnione jest przez adwokata lub radcę prawnego, w związku z wykonywaniem zawodu, podlegają oni wyłącznie odpowiedzialności dyscyplinarnej<sup>16</sup>.

Wszystkie te kwestie nie są oczywiste, a odpowiednie ich rozpoznanie – w przypadku wstąpienia na drogę prawną – jest kluczowe. Przypomnę jednak jeszcze raz: oba opisywane tu przestępstwa są ścigane z oskarżenia prywatnego. Dotyczy to także spraw, w których znieważenie i/lub zniesławienie można uznać jako element przemocy domowej. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Dz.U. z 2024 r. poz. 1673 – dalej u.p.p.d.
2. Dz.U. z 2025 r. poz. 383 – dalej k.k.
3. Postanowienie Sądu Najwyższego z 5 kwietnia 2024 roku, sygn. III KS 58/23, dostęp w dniu 20 lipca 2025 roku na [www.sn.pl](http://www.sn.pl).
4. Wyrok Sądu Najwyższego z 17 marca 2015 roku, sygn. V KK 301/14, dostęp w dniu 24 lipca 2025 roku na [www.sn.pl](http://www.sn.pl).
5. Uchwała Sądu Najwyższego z 3 kwietnia 2023 roku, sygn. I ZPI 44/22, dostęp w dniu 24 lipca 2025 roku na [www.sn.pl](http://www.sn.pl).
6. Zgoliński I. [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. IV, red. V. Konarska-Wrzonek, Warszawa 2023, art. 212, dostęp elektroniczny w dniu 25 lipca 2025 roku.
7. Podobnie uchwała Sądu Najwyższego z 31 maja 2023 roku, sygn. I ZI 15/23, dostęp w dniu 25 lipca 2025 roku na [www.sn.pl](http://www.sn.pl).
8. Orzeczenie Sądu Rejonowego w Kaliszu z 12 listopada 2024 roku, sygn. II K 511/20, dostęp w dniu 26 lipca 2025 roku na [www.orzeczenia.kalisz.sr.gov.pl/](http://www.orzeczenia.kalisz.sr.gov.pl/)
9. Wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie z 22 października 2024 roku, sygn. X K 577/23, dostęp w dniu 26 lipca 2025 roku na <https://orzeczenia.ms.gov.pl/>
10. Wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy – Mokotowa z 28 grudnia 2023 roku, sygn. III K 914/22, dostęp w dniu 26 lipca 2025 roku na <https://orzeczenia.ms.gov.pl/>
11. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2008 roku, sygn. III K 234/07, OSNKW 2008, nr 9, poz. 69.
12. Warylewski J.K., *Molestowanie seksualne w miejscu pracy*, PiP 1999, nr 3, s. 60.
13. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 5 sierpnia 2024 roku, sygn. II AKa 402/23, dostęp w dniu 26 lipca 2025 roku na <https://www.saos.org.pl/>
14. Wyrok Sądu Rejonowego w Giżycku z dnia 7 października 2024 roku, sygn. II K 336/23, dostęp w dniu 26 lipca 2025 roku na <https://www.saos.org.pl/>
15. Wyrok Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie z dnia 27 grudnia 2021 roku, sygn. IV K 204/21, dostęp w dniu 27 lipca 2025 roku na <https://orzeczenia.szczecin-centrum.sr.gov.pl/>
16. Odpowiednio art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (Dz.U. z 2024 r. poz. 1564), art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 499) oraz art. 137 § 4 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. - Prawo o prokuraturze (Dz.U. z 2024 r. poz. 390 ze zm.).

---

## DAMIAN APTOWICZ

– radca prawny, wykładowca akademicki w zakresie prawa administracyjnego i pracy socjalnej, pracuje w Zespole Prawnym Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy.

# CYWILNOPRAWNE ŚRODKI IZOLACJI osób stosujących przemoc domową jako ochrona osób krzywdzonych



Konwencja Rady Europy z dnia 11 maja 2011 roku w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej wskazała na obowiązek przyjęcia koniecznych środków w celu „zapewnienia ofiarom odpowiednich środków prawa cywilnego przeciw sprawcy”. Jakie zatem są to rozwiązania i jaka jest dynamika ich stosowania na gruncie prawa polskiego?

MICHAŁ LEWOC

**K**onieczność zapewnienia bezpieczeństwa osobom doznającym przemocy domowej wynika zarówno z Konstytucji RP, ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską umów międzynarodowych, a także orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

## SZERSZY ZAKRES OCHRONY PRZED PRZEMOCĄ DOMOWĄ

Sposoby i formy zapewniania bezpieczeństwa osobom doznającym przemocy domowej ewoluowały w czasie wraz z rozwojem świadomości i wrażliwości społecznej, a tym samym także ustawodawcy. Forma artykułu nie pozwala na przedstawienie historycznego procesu wprowadzania kolejnych nowych środków ochrony osób krzyw-

dzonych. Warto jednak zaznaczyć, że **ewolucja w tej mierze ma charakter rozszerzania form i sposobów izolacji osób stosujących przemoc domową od osób jej doznających na nowe obszary wykraczające poza tradycyjną płaszczyznę prawa karnego.**

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej w swoim pierwotnym brzmieniu<sup>1</sup> nie wprowadzała w ogóle jakichkolwiek środków izolacji osoby stosującej przemoc na gruncie prawa cywilnego. Art. 11a, który wprowadził możliwość zobowiązania osoby stosującej przemoc domową do opuszczenia mieszkania, został dodany dopiero 1 sierpnia 2010 r. przez art. 1 pkt 11 ustawy z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz niektórych innych ustaw<sup>2</sup>.

Należy nadmienić, że Konwencja Rady Europy z dnia 11 maja 2011 r. w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, którą Rzeczypospolita Polska ratyfikowała w 2015 r., w obszarze „Prawo materialne” w art. 29 pt. „Postępowanie cywilne i zadośćuczynienie”, wskazała na obowiązek przyjęcia koniecznych środków w celu „zapewnienia ofiarom odpowiednich środków prawa cywilnego przeciw sprawcy”.

Odpowiedź na to zobowiązanie znalazła wyraz w zmianach legislacyjnych w 2020 r.<sup>3</sup>, a zwłaszcza w 2023 r.<sup>4</sup>, kiedy wprowadzono

---

1 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. Nr 180, poz. 1493), zwana w dalszej części tekstu: „ustawą”.

2 Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 125, poz. 842).

3 Ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 956).

4 Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 535) oraz ustawa z dnia 13 stycznia 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 289 z późn. zm.).

obowiązującą obecnie paletę środków ochrony cywilnoprawnej, połączonej z możliwościami uprzedniego stosowania przez policję lub Żandarmerię Wojskową tymczasowych (14-dniowych) środków izolacji i ich przedłużania na drodze cywilnoprawnej. Jest to ciekawe połączenie działań policji, która zwykle jest kojarzona z czynnościami w obrębie prawa karnego materialnego i procesowego, z czynnościami sądu cywilnego, tworząc oryginalny i skuteczny sposób zapewnienia bezpieczeństwa osobom doznającym przemocy domowej.

Należy podkreślić, że w sprawozdaniach statystycznych Ministerstwa Sprawiedliwości za 2024 r.<sup>5</sup> ukazały się dane dotyczące liczby wniosków z art. 11a i art. 11aa ustawy. Ponieważ zakres tematyczny jest obszerny, w niniejszym artykule zostaną przedstawione najnowsze dane statystyczne dotyczące wniosków składanych przez osoby doznające przemocy. Natomiast w kolejnym artykule dane dotyczące sposobu i dynamiki ich rozpoznania przez sądy cywilne.

## WNIOSKOWE POSTĘPOWANIE CYWILNE

Obecnie istnieje **możliwość złożenia przez osobę doznającą przemocy domowej wniosku do sądu cywilnego o:**

- zobowiązanie osoby stosującej przemoc domową do opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia,

<sup>5</sup> Dane ze sprawozdania statystycznego Ministerstwa Sprawiedliwości: MS-S1 SPRAWOZDANIE w sprawach cywilnych za rok 2024. Sądy Rejonowe – Polska.



- wydanie osobie stosującej przemoc domową zakazu zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia,
- wydanie osobie stosującej przemoc domową zakazu zbliżania się do osoby doznającej przemocy domowej,
- wydanie osobie stosującej przemoc domową zakazu kontaktowania się z osobą doznającą przemocy domowej,
- wydanie osobie stosującej przemoc domową zakazu wstępu na teren szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej lub artystycznej, lub obiektu sportowego, do których uczęszcza osoba doznająca przemocy domowej, miejsca pracy lub innego miejsca, w którym zwykle lub regularnie przebywa osoba doznająca przemocy domowej, i przebywania na tym terenie.

Wniosek może dotyczyć jednego, kilku bądź wszystkich żądań jednocześnie. Może być składany na gotowym formularzu, stanowiącym załącznik do stosownego rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości<sup>6</sup>, bez opłat sądowych. Sąd orzeka w postępowaniu cywilnym, prowadzonym w trybie nieprocesowym, po przeprowadzeniu rozprawy.

Sąd nie jest związany żądaniem wniosku o zobowiązanie osoby stosującej przemoc domową do opuszczenia wspólnie zajmowanego

6 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 sierpnia 2023 r. w sprawie określenia wzoru i sposobu udostępniania urzędowego formularza wniosku o zobowiązanie osoby stosującej przemoc domową do opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia lub o wydanie zakazu zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia, lub zakazu zbliżania się do osoby doznającej przemocy domowej, lub zakazu kontaktowania się z osobą doznającą przemocy domowej, lub zakazu wstępu na teren szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej lub artystycznej, lub obiektu sportowego, do których uczęszcza osoba doznająca przemocy domowej, miejsca pracy lub innego miejsca, w którym zwykle lub regularnie przebywa osoba doznająca przemocy domowej, i przebywania na tym terenie (Dz.U. poz. 1576).

mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia, wydanie zakazu zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia w zakresie wskazanej w nim odległości lub obszaru, lub zakazu zbliżania się do osoby doznającej przemocy domowej w zakresie wskazanej w nim odległości, a także żądaniem wniosku o wydanie zakazu kontaktowania.

W przypadku gdy do wniosku lub innych pism nie dołączono odpisów, sąd sporządza i doręcza ich odpisy drugiej stronie postępowania, tj. osobie stosującej przemoc domową. Podobnie rzecz się ma w sytuacji złożenia apelacji.

Odpis wniosku lub innych pism sąd doręcza również prokuratorowi i zawiadamia go o terminach rozprawy. Jeżeli jest to niezbędne dla zapewnienia szybkości postępowania, sąd może dokonywać doręczeń, np. osobie stosującej przemoc domową przez policję lub Żandarmerię Wojskową.

**Ustawodawca wdrożył wiele ułatwień i udogodnień dla wnioskodawców, wprowadzając wzór formularza do wypełnienia, zdejmując z nich ciężar opłaty i innych obowiązków strony w klasycznym postępowaniu cywilnym, gdzie to sąd cywilny będzie uzupełniał ww. braki z urzędu.**

## POSTANOWIENIA KOŃCZĄCE POSTĘPOWANIE SĄDOWE

Orzeczenia kończące postępowanie zapadają w formie **postanowienia**, a te uwzględniające ww. wnioski **są skuteczne i wykonalne z chwilą ogłoszenia**. Oznacza to, że nawet ich zaskarżenie nie spowoduje

wstrzymania wykonania. Chodzi o szybkość i natychmiastowość działań izolacyjnych. Postanowienia te mogą być uchylane lub zmieniane wskutek zmiany okoliczności sprawy, chociażby były zaskarżone przed uzyskaniem prawomocności, a nawet prawomocne. W tym przypadku chodzi o elastyczność działań, gdy sytuacja ulega zmianie. Można dokonywać zmian w postanowieniu prawomocnym, a nawet je uchylić.

Rozpoznając sprawę o zmianę lub uchylenie ww. postanowień, sąd uwzględnia okoliczności dotyczące osób doznających przemocy domowej oraz osób stosujących tę przemoc. W szczególności brane pod uwagę są informacje o przebiegu i efektach działań podjętych i udokumentowanych w ramach procedury „Niebieskie Karty” (o ile była prowadzona), udziale i efektach uczestnictwa w programie korekcyjno-edukacyjnym lub programie psychologiczno-terapeutycznym dla osób stosujących przemoc domową. Także o udziale i efektach uczestnictwa w innych formach oddziaływań, w szczególności terapii mającej na celu leczenie uzależnień. Informacje zebrane w ramach prac grupy diagnostyczno-pomocowej będą zatem kluczowe dla sądu cywilnego.

Sąd z urzędu doręcza odpis postanowienia uczestnikom postępowania, prokuratorowi, policji lub Żandarmerii Wojskowej oraz zawiadamia właściwy miejscowo zespół interdyscyplinarny, a gdy w domu zamieszkują osoby małoletnie – także właściwy miejscowo sąd opiekuńczy.

Warto w tym miejscu dodać, że sąd opiekuńczy po otrzymaniu ww. zawiadomienia bezzwłocznie podejmuje czynności w celu zbadania sytuacji małoletniego. Po tym ustaleniu sąd opiekuńczy wszczyna z urzędu postępowanie dotyczące władzy rodzicielskiej, chyba że nie

zachodzi konieczność jego wszczęcia, w szczególności, gdy takie postępowanie już się toczy.

## WNIOSKI ZŁOŻONE DO SĄDU CYWILNEGO - DANE STATYSTYCZNE

Z informacji statystycznych za 2024 r. wynika, że łącznie do sądów cywilnych wpłynęły aż **4 874** wnioski z art. 11a i art. 11aa ustawy, z czego załatwiono **3779**.

Wnioski takie składane były do sądu zarówno po wydaniu przez policję lub Żandarmerię Wojskową nakazu i zakazu dotyczącego zajmowanego mieszkania, zakazu zbliżania, kontaktowania się oraz zakazu wstępu do określonych miejsc<sup>7</sup>, jak i bez uprzedniego zastosowania takich środków<sup>8</sup>.

W 2024 r., na łączną liczbę wszystkich 4 874 wniosków z art. 11a i art. 11aa ustawy:

- 2 393 wpłynęły po uprzednim zastosowaniu ww. nakazu i zakazu lub zakazów przez policję (49%),
- 2 481 – bez takich środków, bezpośrednio do sądu (51%).

Liczba wniosków rozkłada się zatem niemal na dwie równe części. Trzeba zaznaczyć, że wraz z wnioskami, które wpłynęły po uprzednim

<sup>7</sup> W dalszej części tekstu środki te, w celu ograniczenia każdorazowego ich powtarzania, określa się niekiedy „tymczasowymi środkami izolacji”. Podobnie jest w przypadku, gdy wymienia się organy, które mogą je stosować, w przypadku, gdy mowa jest tylko o policji, wiadomo, że chodzi także o Żandarmerię Wojskową.

<sup>8</sup> Należy poczynić przy tym zastrzeżenie. Liczby wniosków ujawnionych w danych statystycznych dotyczące tych składanych „bez uprzedniego stosowania środków tymczasowych” mogą jednak zawierać i takie, które zostały złożone po upływie 14-dniowego okresu, czyli po wygaśnięciu środków tymczasowych.

wydaniu tymczasowego środka izolacyjnego przez policję, częściej składane są wnioski do sądu cywilnego o przedłużenie tej formy ochrony. Na 2 393 wnioski zostało złożonych aż 1 781 (75%) wniosków o zabezpieczenie roszczenia w postaci ich przedłużenia. W pozostałych sprawach wniosków, złożonych bez uprzedniego środka izolacyjnego, na 2 481 wniosków wpłynęło 1 277 (52%) wniosków o zabezpieczenie roszczenia poprzez zastosowanie środka izolacji na czas trwania postępowania.

**Odsetek wniosków o zabezpieczenie roszczenia jest zatem zdecydowanie większy** w przypadku złożenia wniosku o zastosowanie środków z art. 11a i 11aa ustawy **po uprzednim wydaniu tymczasowego środka izolacyjnego** przez policję.

Warto też dodać, że do sądu wpłynęło jedynie 246 wniosków o uchylenie lub zmianę postanowienia, z czego rozpoznano 182, gdzie uwzględniono 64 (35%), a oddalono 57 (31%). Oznacza to po pierwsze niską skuteczność wniosków, a po drugie, że **97% prawomocnych postanowień** o zastosowaniu ww. środków izolacyjnych **pozostanie niezmienione** do końca ich obowiązywania. Na 1 904 uwzględnione wnioski o zastosowanie środków izolacji zapadło jedynie 64 o uchylenie lub zmianę, **co stanowi jedynie 3%.**

Zgodnie z treścią art. 560<sup>5</sup> § 1 k.p.c.<sup>9</sup> sąd orzeka w terminie jednego miesiąca od dnia wniesienia wniosku. Jest to termin instrukcyjny, zaś na okres rozpoznania wniosku ma wpływ wiele czynników. Należy przy tym zaznaczyć różnicę pomiędzy sprawą karną dotyczącą jakiegoś czynu związanego ze stosowaniem przemocy domowej, np. znęcania się a ww. sprawą cywilną. W sprawie karnej

9 Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1568 z późn. zm.).

do sądu wpływają całe akta postępowania przygotowawczego, ze zgromadzonym materiałem dowodowym, dokumentami, protokołami zeznań świadków, dokumentacją medyczną, dodatkowymi informacjami od instytucji lub urzędów etc. Do sądu cywilnego najczęściej zaś wpływa tylko kilka stron wypełnionego formularza, bez dodatkowych załączników. Sąd ma zatem jedynie miesiąc, aby przeprowadzić na tej podstawie całe postępowanie, zwrócić się do odpowiednich organów i instytucji, a także do zespołu interdyscyplinarnego o dodatkowe informacje bądź dowody, wyznaczyć rozprawę, na której będą przesłuchani ewentualni świadkowie oraz uczestnicy postępowania. Na to, co w postępowaniu karnym zajmuje sporo czasu, przynajmniej średnio od 3 do 6 miesięcy<sup>10</sup>, w postępowaniu cywilnym wyznaczono jedynie miesiąc, co jest w praktyce trudne do zrealizowania.

Niemniej jednak, dokonując analizy najnowszych danych statystycznych za 2024 r.<sup>11</sup>, należy wskazać, że na 3 779 spraw o zobowiązanie sprawców przemocy domowej do opuszczenia mieszkania lub innych zakazów z art. 11a i 11aa ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej **terminowość rozpoznania spraw liczona od daty pierwotnego wpływu do sądu do daty wydania orzeczenia** wyniosła:

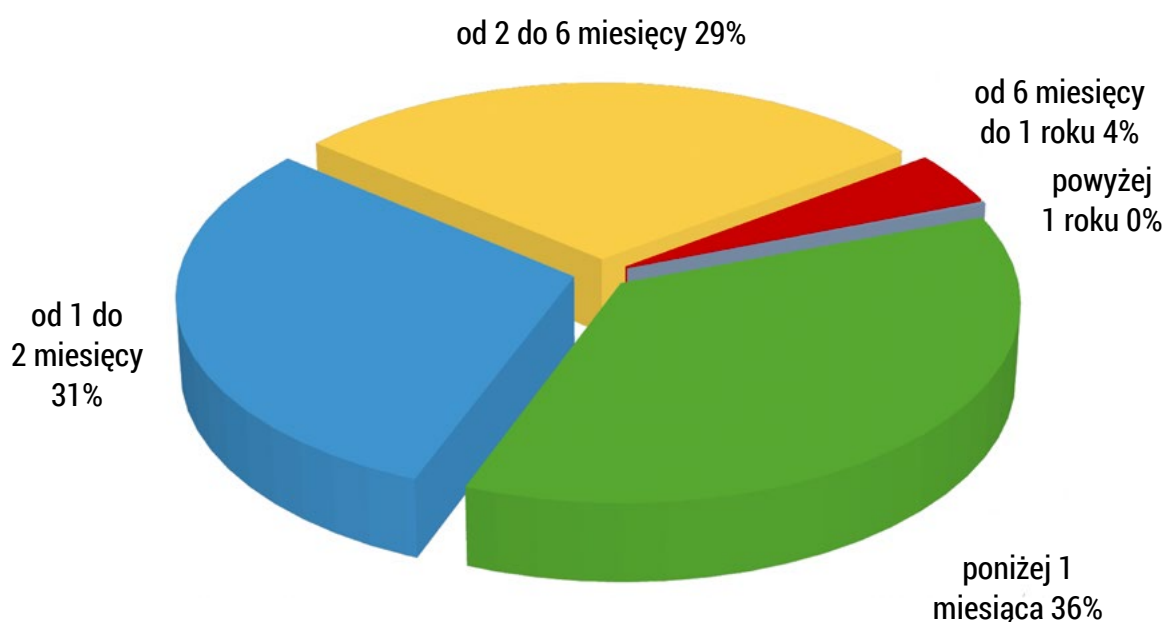
- do 1 miesiąca – 1 376 (36,4%),
- od 1 do 2 miesięcy – 1 153 (30,5%),
- od 2 do 6 miesięcy – 1 085 (28,7%),
- od 6 miesięcy wzwyż – 165 (4,4%).

10 Zob. Rozprawa doktorska M. Lewoc, Kryminologiczna ocena orzecznictwa sądowego w sprawach dotyczących przemocy w rodzinie, Łódź 2016, s. 361.

11 Dane ze sprawozdania statystycznego Ministerstwa Sprawiedliwości: MS-S1 SPRAWOZDANIE w sprawach cywilnych za rok 2024. Sądy Rejonowe – Polska.

Podsumowując, rozpoznanie przez sąd cywilny sprawy w okresie łącznie do 2 miesięcy miało miejsce niemal w 67% przypadków, co wydaje się całkiem dobrym wynikiem, zważywszy na podane wcześniej okoliczności.

**Wykres 1.** Terminowość rozpoznawania spraw o zobowiązanie sprawców przemocy domowej z art. 11a i 11aa ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej.



*Opracowanie własne.*

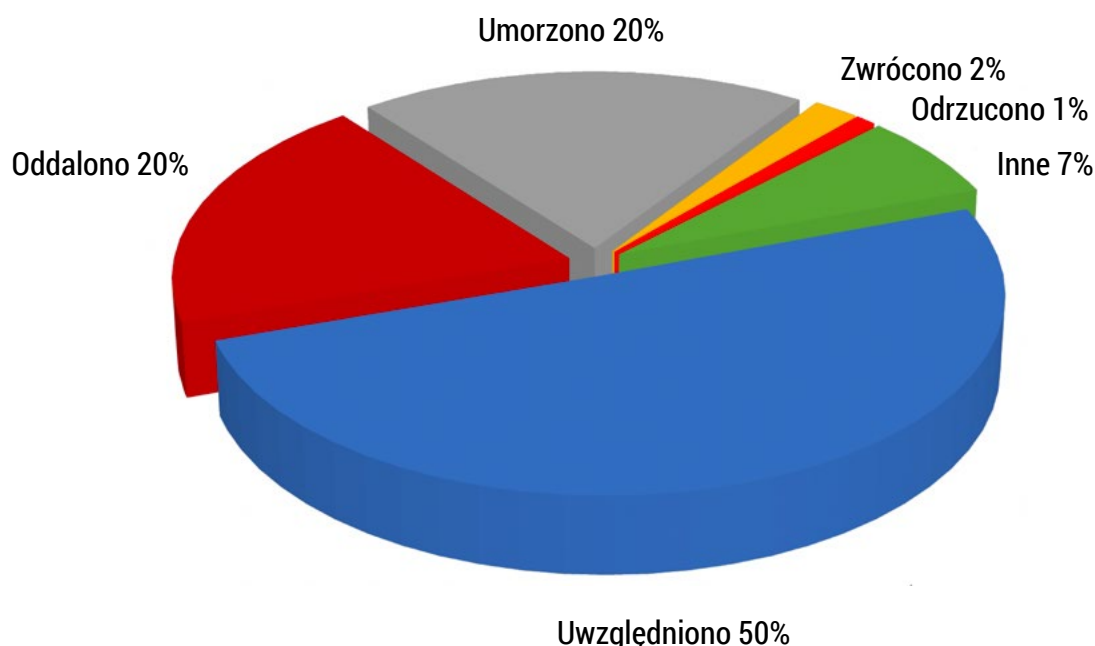
Dane statystyczne za 2024 r. zawierają informacje, co do rodzajów rozpatrzeń i załatwień złożonych wniosków. Warto jednakże zaznaczyć, że są to **załatwienia nieprawomocne**, co oznacza, że część z nich – jeśli postanowienie sądu było zaskarżone – mogła zostać zmieniona w II instancji. Jedyne dane dotyczące orzeczeń prawomocnych dotyczą wniosków z art. 11a ustawy, tj. o zobowiązanie osoby stosu-



jącej przemoc domową do opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia lub zakaz zbliżania się do mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia.

Jak już wspomniano, na **4 874** wniosków z art. 11a i art. 11aa ustawy załatwiono **3779**, z czego 1 904 uwzględniono w całości lub w części (50%), 737 oddalono (20%), 78 zwrócono (2%), 35 odrzucono (1%), 763 umorzono (20%) (w tym w wyniku cofnięcia wniosku – 560, zawarcia ugody przed sądem – 55, mediacji – 4, inne – 144) oraz na skutek innego załatwienia (np. przekazania do innego sądu – 262 (7%).

**Wykres 2.** Odsetek rodzajów załatwień spraw o zobowiązanie sprawców przemocy domowej z art. 11a i 11aa ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej – ogółem.

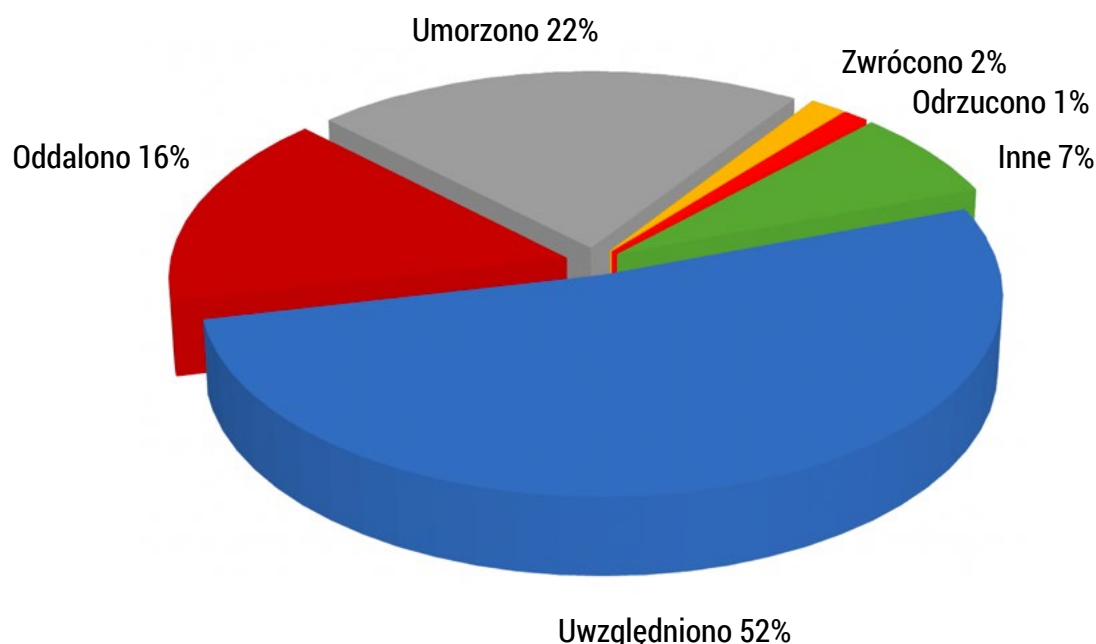


*Opracowanie własne.*

Należy zwrócić uwagę, że nieco inaczej wyglądają powyższe dane w zależności od tego, czy wniosek był składany po uprzednim wydaniu przez policję omawianych już powyżej środków, czy też bez ich wydania.

Na **2 393** wnioski z art. 11a i art. 11aa ustawy, które wpłynęły **po uprzednim zastosowaniu ww. środków**, załatwiono **1 882**, z czego 980 uwzględniono w całości lub w części (52%), 299 oddalono (16%), 30 zwrócono (2%), 22 odrzucono (1%), 414 umorzono (22%) (w tym w wyniku cofnięcia wniosku – 302, zawarcia ugody przed sądem – 31, mediacji – 2) oraz na skutek innego załatwienia (np. przekazania do innego sądu – 137 (7%).

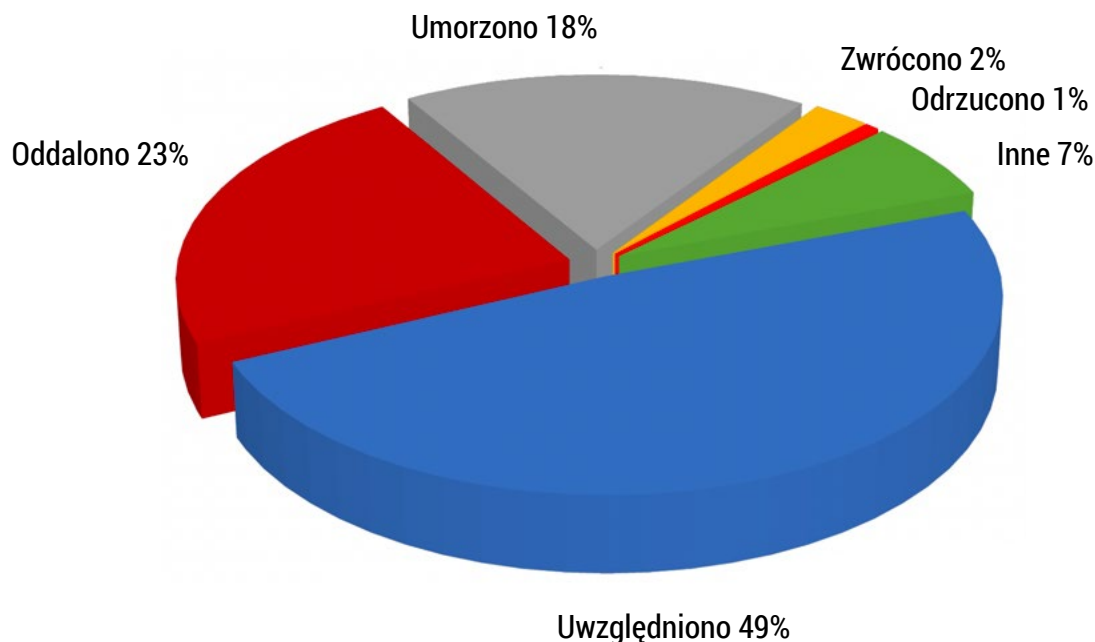
**Wykres 3.** Odsetek rodzajów załatwieni spraw o zobowiązanie sprawców przemocy domowej z art. 11a i 11aa ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej – po uprzednim zastosowaniu tymczasowych środków izolacji.



*Opracowanie własne.*

Na **2 481** wniosków z art. 11a i art. 11aa ustawy, które wpłynęły **bez uprzedniego wydania ww. środków**, załatwiono **1 897**, z czego 924 uwzględniono w całości lub w części (49%), 438 oddalono (23%), 48 zwrócono (2%), 13 odrzucono (1%), 349 umorzono (22%) (w tym w wyniku cofnięcia wniosku – 258, zawarcia ugody przed sądem – 24, mediacji – 2) oraz na skutek innego załatwienia (np. przekazania do innego sądu – 125 (7%).

**Wykres 4.** Odsetek rodzajów załatwień spraw o zobowiązanie sprawców przemocy domowej z art. 11a i 11aa ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej – bez uprzedniego stosowania tymczasowych środków izolacji.

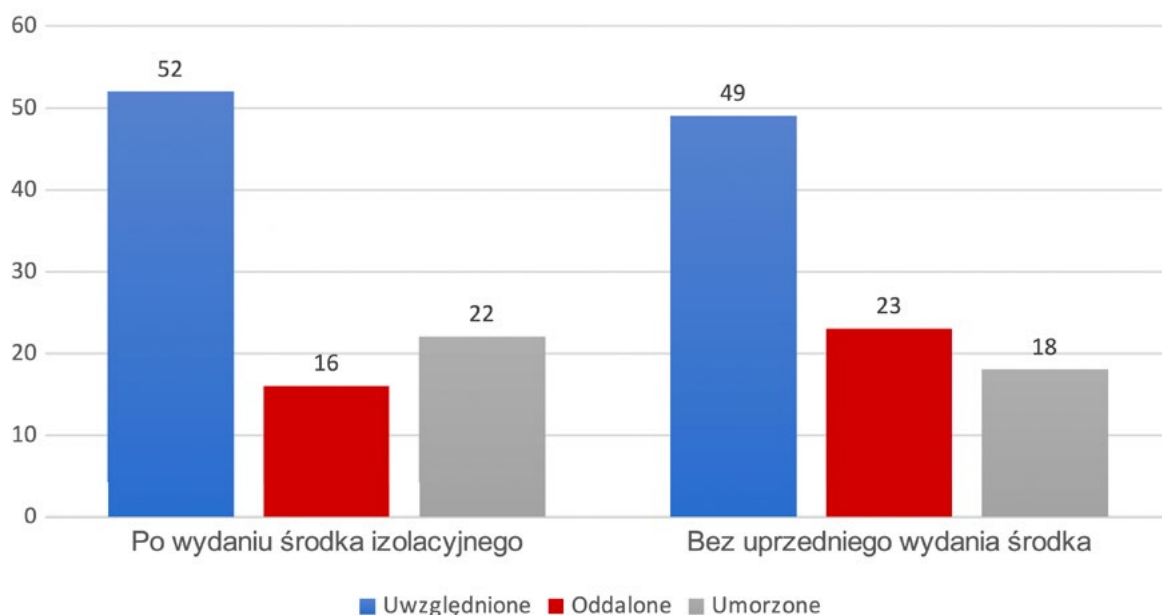


*Opracowanie własne.*

Podsumowując zatem **dane ogólne, dotyczące nieprawomocnego rozpoznania łącznie wszystkich wniosków z art. 11a i 11aa ustawy, należy wskazać, że połowa z nich jest uwzględnianych w całości lub w części**, zaś 20% oddalonych, czyli merytorycznie nieuwzględnionych. W 20% przypadków postępowanie jest umarzane, głównie z powodu cofnięcia wniosku (74% wszystkich umorzeń), zaś zwroty wniosków, odrzucenia i inne przyczyny stanowią pozostałe 10% rozpoznanych wniosków.

W przypadku złożenia wniosku po uprzednim wydaniu tymczasowego środka izolacyjnego przez policję, **odsetek wniosków uwzględnionych jest większy aniżeli bez wydania uprzednio takiego środka i wynosi 52% do 49%**. Największa różnica jest jednak przy odsetku oddalonych wniosków, czyli rozpoznanych przez sąd merytorycznie, lecz nieuwzględnionych i wynosi aż 16% do 23%. Nieco więcej jest też umorzeń, głównie na skutek wycofania wniosków po uprzednim wydaniu środka, ale bez jego uprzedniego zastosowania – 22% do 18%. Być może spowodowane jest to tym, że w wyniku zastosowania tymczasowego środka izolacyjnego, osoba stosująca przemoc wyprowadza się na stałe i osoba wnioskująca nie ma już potrzeby kontynuowania postępowania bądź uznaje, że zastosowane środki okazały się wystarczające do zmiany postawy osoby stosującej przemoc, która wraca do miejsca zamieszkania. Bez badań aktowych są to jednak tylko przypuszczenia.

**Wykres 5.** Załatwienia wniosków z art. 11a i 11aa ustawy w odsetkach.



*Opracowanie własne.*

## PODSUMOWANIE

Warto podkreślić, że cywilnoprawne środki ochrony osób doznających przemocy domowej skutecznie uzupełniły dotychczasowe instrumenty, głównie prawnokarne, które służą zapewnieniu bezpieczeństwa osobom zagrożonym przemocą. Większość z nich została wprowadzona dopiero w 2023 r., a dostępne dane statystyczne za 2024 r. wskazują, że weszły one dynamicznie do praktyki orzeczniczej.

Sukces ten można przypisać m.in. powiązaniu tych środków z działaniami policji, uproszczeniu procedury (m.in. formularz, brak opłat) oraz rosnącej świadomości społecznej. Z analizy danych wyłania się kilka istotnych wniosków:

- Nowe cywilnoprawne środki ochrony działają w praktyce – nie tylko są stosowane, ale też w znacznej liczbie przypadków kończą się orzeczeniami korzystnymi dla osób doznających przemocy. Wysoka skuteczność, zwłaszcza środków wprowadzonych w 2023 r., wskazuje na trafność przyjętych rozwiązań.

- Około połowy wniosków jest prawomocnie uwzględnianych w całości lub części, natomiast jedynie ok. 20% jest oddalanych merytorycznie. Proporcja ta jest stabilna w czasie i kształtuje się na poziomie  $\frac{3}{4}$  do  $\frac{1}{4}$ , co potwierdza trafność orzekania i dostosowanie przepisów do rzeczywistych potrzeb ochronnych.

- Znaczący odsetek wniosków – blisko połowa – jest składanych po uprzednim zastosowaniu środków izolacyjnych przez policję lub Żandarmerię Wojskową. Świadczy to o funkcjonalnym przepływie informacji do osób pokrzywdzonych o możliwościach złożenia takich wniosków, przy okazji przedłużenia środków tymczasowych.

- Istnieje wyraźna korelacja między uprzednim zastosowaniem środków przez policję a wyższym odsetkiem wniosków uwzględnionych oraz niższym odsetkiem wniosków oddalonych. Świadczy to o uznawaniu przez sądy zasadności działań policji, w tym prawidłowości oceny sytuacji, tj. zarówno faktu istnienia przemocy domowej, jak i pozostałych przesłanek ustawowych (np. zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby doznającej tej przemocy).

- Rośnie świadomość społeczna oraz instytucjonalna w zakresie dostępnych narzędzi ochronnych. Duża liczba składanych wniosków, często na formularzach, sugeruje, że zarówno działania informacyjne, jak i standardy organizacyjne (np. pomoc policji w informowaniu osób doznających przemocy o możliwości przedłużenia środ-

ków czy też uproszczenia proceduralne) przynoszą wymierne efekty. Świadczy o tym także rosnący trend corocznej liczby składanych wniosków dotyczących zobowiązania do opuszczenia mieszkania przez osobę, która stosuje przemoc domową.

Mając na uwadze powyższe, można odpowiedzialnie stwierdzić, że rozszerzenie ochrony osób doznających przemocy domowej o środki cywilnoprawne realnie przyczyniło się do poprawy ich bezpieczeństwa i komfortu procesowego. ■



**MICHAŁ LEWOC**

– sędzia Sądu Rejonowego w Legnicy, doktor nauk prawnych, członek Rady Programowej pisma „Niebieska Linia”.



## ZABURZENIA OSOBOWOŚCI Z WIĄZKI B: ANTYSPÓŁECZNE, BORDERLINE, NARCYSTYCZNE, HISTRIONICZNE STRATEGIE TERAPEUTYCZNE

Daniel J. Fox

Tłumaczenie: Agnieszka Pałynyczko-Ćwiklińska

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Warszawa 2025, s. 452



W praktyce terapeutycznej zaburzenia osobowości z wiązki B – anty społeczne, borderline, narcystyczne i histrioniczne – często stają się przyczyną frustracji i poczucia bezradności. Ich objawy częściowo się pokrywają i mogą mieć różne nasilenie, co utrudnia postawienie trafnej diagnozy i rodzi wiele wątpliwości. Autor, czerpiąc ze swojego wieloletniego doświadczenia w pracy z trudnymi i złożonymi przypadkami, proponuje przewodnik dla specjalistów, którzy prowadzą terapię osób spełniających wszystkie kryteria danego zaburzenia osobowości z wiązki B, jak i tych, które wykazują pewne nasilone cechy któregoś z tych zaburzeń i znajdują się na jego spektrum. Przedstawia strategie, które pomogą ukierunkować proces terapeutyczny.

## DOŚWIADCZANIE TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ PODRĘCZNIK SAMODZIELNEJ PRAKTYKI I REFLEKSJI DLA TERAPEUTÓW

R. Thwaites, J. Bennett-Levy, B. Haarhoff, H. Perry

Redakcja naukowa: Agnieszka Popiel

Wydawca: Edra Urban & Partner, Warszawa 2025, s. 282



Autorzy prezentują program Self-Practice/ Self-Reflection (SP/SR), który nie jest tylko propozycją doświadczonych psychoterapeutów i superwizorów,

lecz przebadanym programem, opartym na latach doświadczeń. I jak podkreśla dr Agnieszka Popiel: „Choć tematy wydają się znajome – myśli automatyczne, przekonania, emocje, techniki poznawcze, konceptualizacja – to wiedzieć o nich, to nie to samo, co ich doświadczyć. Autorzy zachęcają, by potraktować każdy moduł nie jak materiał edukacyjny, lecz jak osobisty eksperyment. I w tym tkwi siła SP/SR: refleksyjny terapeuta może odbyć tę podróż we własnym tempie, w ciszy, z kubkiem herbaty, w szczerości wobec siebie – nie jako obowiązek szkoleniowy, ale jako część świadomego rozwoju zawodowego i osobistego”.

## CELOWA PRAKTYKA W TERAPII SCHEMATÓW

W.T. Behary, J.M. Farrell, A. Vaz, T. Rousmaniere  
Redakcja naukowa: Artur Kołakowski, Monika Szaniawska  
Wydawca: Edra Urban & Partner, Warszawa 2025, s. 240



Psychoterapia to wyjątkowe połączenie nauki i sztuki, a książka *Celowa praktyka w terapii schematów* doskonale to odzwierciedla. Zamiast teoretycznych rozważań, oferuje praktyczne wskazówki, które pomogą terapeutom – zarówno początkującym, jak i doświadczonym – rozwijać własny, niepowtarzalny styl pracy. Dzięki cennym sugestiom, dotyczącym współpracy z supervisorami oraz pracy zespołowej, lektura ta inspirowa do budowania skutecznych i zgodnych z zasadami terapii schematów metod terapeutycznych. I, co jeszcze podkreślają redaktorzy naukowi wydania polskiego: „To obowiązkowa pozycja dla każdego, kto pragnie doskonalić swoje umiejętności i czerpać pełnię satysfakcji z pracy terapeutycznej”.



# Pierwsza pomoc w kryzysie



## Popatrz

czy ktoś w Twoim otoczeniu  
zachowuje się inaczej?



## Pomyśl

jak możesz bezpiecznie pomóc?



## Pytaj

czy mogę coś dla Ciebie zrobić?



## Podjmij działanie

poproś ochronę lub zadzwoń  
po pomoc na **112**

## Reaguj, nie bądź obojętny!



#zadbajomental

[ef.org.pl](https://ef.org.pl)